



Trabajo Final Integrador

Análisis de tratamiento de una paciente con sintomatología psicósomática cardíaca y su motivación para el comienzo de un análisis psicoanalítico.

Docente: Analía Brizzio

Tutora: Claudia Garber

Alumna: Carolina María Vitulli

Índice

1	Introducción.....	2
2	Objetivos.....	3
2.1	Objetivo general	3
2.2	Objetivos específicos	3
3	Marco teórico	4
3.1	Psicosomática.....	4
3.1.1	Definición.....	4
3.1.2	Psicosomática y Cardiología	10
3.1.3	Características del paciente psicossomático cardíaco	10
3.1.4	Mecanismos de defensa.....	18
3.2	Tratamiento	20
3.2.1	Motivo de inicio de tratamiento	20
3.2.2	Posición subjetiva del paciente frente al análisis	21
3.2.3	El sentido de la cura	23
4	Método.....	25
4.1	Tipo de Estudio	25
4.2	Participantes.....	25
4.3	Instrumentos.....	25
4.4	Procedimiento	26
5	Desarrollo	27
5.1	Analizar el motivo del inicio del tratamiento psicoanalítico y su relación con la situación actual de la paciente.	28
5.2	Analizar la posición subjetiva de la paciente con respecto al análisis psicoanalítico.	31
5.3	Analizar la expresión emocional de la paciente y su vinculación con su sintomatología psicossomática cardíaca.....	33
5.4	Proponer puntos a trabajar en el tratamiento psicoanalítico..	36
6	Conclusiones.....	40
7	Referencias bibliográficas	44

1. Introducción

El presente trabajo final integrador se realizó a partir de las practicas de habilitación profesional que se llevaron a cabo durante los meses de agosto (2014) a febrero (2015) en una asociación psicoanalítica ubicada en el barrio de Palermo, Ciudad de Buenos Aires. Dicha institución se especializa en asistencia, investigación y formación en psicosomática desde el modelo Psicoanalítico.

La asistencia a pacientes que brinda la institución se lleva a cabo en distintos espacios. La Red Asistencial que cuenta con un equipo de profesionales que se dedican a la asistencia psicoterapéutica en diversas áreas: individual, pareja, familia y grupal; Orientación Vocacional y Adolescencia; Orientación familiar, Clínica de la Mujer; Violencia Familiar y Psicosomática. En cuanto a la asistencia en esta última área, se lleva a cabo en los servicios hospitalarios de Psicocardiología y Psicodermatología. Este tratamiento es gratuito y dura 8 meses con posibilidad de continuar de manera privada en la Red Asistencial de la institución con honorarios accesibles.

Uno de los objetivos de esta asociación psicoanalítica es la articulación teórico-clínica, por lo tanto, simultáneamente se les brinda a los profesionales la posibilidad de observar admisiones y supervisiones. Las primeras se llevan a cabo en un hospital del conurbano bonaerense, en el área de Psicocardiología, y en un hospital ubicado en Capital Federal, en el área de Psicodermatología. En cuanto a las segundas se acceden por medio de la observación de grupos de supervisión, donde se plantean las dificultades que surgen en los tratamientos, siendo el supervisor quien brinda las herramientas necesarias para que el terapeuta no se desvíe en la dirección del tratamiento.

La práctica profesional se desarrolló en un período de 280 horas, las cuales fueron repartidas en el curso introductorio de psicosomática, diversos espacios de supervisión y observación de admisiones.

Durante la asistencia a estos espacios se llevó a cabo la elección de un caso clínico de una paciente atendida por una psicóloga del servicio hospitalario de Psicocardiología, derivada por su médico cardiólogo luego de ser internada por un pico de presión. Esta elección responde a un interés por dicho episodio vinculado con características puntuales de la personalidad de la paciente.

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

Analizar el caso de una paciente con sintomatología psicósomática cardíaca y su motivación para el comienzo de un análisis psicoanalítico.

2.2 Objetivos Específicos

- Analizar el motivo del inicio del tratamiento psicoanalítico y su relación con la situación actual de la paciente.
- Analizar la posición subjetiva de la paciente con respecto al análisis psicoanalítico.
- Analizar la expresión emocional de la paciente y su vinculación con su sintomatología psicósomática cardíaca.
- Proponer puntos a trabajar en el tratamiento psicoanalítico.

3. Marco teórico

3.1 Psicosomática

3.1.1 Definición

Se comenzará por definir desde la teoría psicoanalítica el término Psicosomática. La procedencia de dicho término encuentra sus raíces en el concepto de Freud de neurosis actual en el año 1898. En el cual expresa que todos los casos de neurosis poseen una etiología sexual, pero en las neurastenias (neurosis actuales) se halla constituida por sucesos actuales, mientras que en las psiconeurosis por sucesos infantiles, siendo ésta la primera antítesis importante en la etiología de las neurosis. Una segunda antítesis se deriva de la diferencia que presenta el cuadro sintomático de la neurastenia, que corresponde a una etiología somática y no psíquica. Su origen lo vincula con un exceso de cantidad, de excitación sexual somática que no es tramitada psíquicamente y que, por una falla, se expresa también en el cuerpo. Más tarde Freud propuso añadir la hipocondría, como una tercera forma. Si bien Freud no planteó la temática de psicosomática como tal, postuló en su estudio que esta neurosis actual se trata de trastornos somáticos de la angustia sin correlato psíquico (Freud, 1898).

Apoyándose en los estudios del aparato psíquico de Freud, quien le adjudica a dicho aparato una organización interna diferenciándolo en sistemas o instancias y atribuyéndole la capacidad de transmitir y transformar una energía determinada (Laplanche-Pontalis, 1996), Aisemberg (2012), partiendo de esta concepción específica dos organizaciones que conviven en el aparato psíquico: una estructurante a partir de la vivencia de satisfacción, que dará lugar a la construcción de la sexualidad y el narcisismo trófico en el encuentro con el otro, al campo del deseo, del amor, del Edipo, del inconsciente reprimido: siendo esta la que predomina en la psiconeurosis. Y la segunda organización, desestructurante, a partir de la vivencia de dolor, que dará lugar a los fenómenos de desinvestidura, las escisiones (del psique-soma, del yo y desmentida) y los cortocircuitos: descarga por el acto o el soma. Es la que predomina en las patologías narcisistas, fronterizas y está representada en los fenómenos psicosomáticos.

Zukerfeld (1999), también basándose en la teoría de Freud, el término Psicosomática lo define desde el constructo *vulnerabilidad*, siendo este el predominio y ulterior cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente

escindido, es decir de lo irrepresentable, cuyas manifestaciones se expresan clínicamente en el déficit de la actividad fantasmática, en la precariedad de recursos del yo para afrontar sucesos vitales, y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somático. Esta cristalización del modo del funcionamiento psíquico es consecuencia de la magnitud de los sucesos traumáticos, del déficit en la función de sostén del objeto y de las características de la calidad de vida del sujeto. Estos tres factores generan lo que el autor llama “un potencial inespecífico” para el desarrollo de patología que junto con lo que denomina “potenciales específicos”, donde incluyen los aspectos genético-disposicionales y los ideales culturales dominantes, permiten comprender las diferentes configuraciones y organizaciones patológicas. Cuando se establece la enfermedad, actúa en forma recursiva transformándose a su vez en factor traumático, alterando los vínculos preexistentes y la calidad de vida.

Como expone Winnicott (1982), la enfermedad en el trastorno psico-somático no consiste en el estado clínico expresado en la patología somática o el funcionamiento patológico. Es la persistencia de una escisión en la organización del yo del paciente, o de disociaciones múltiples, lo que constituye la verdadera enfermedad. Este estado patológico en el paciente es de por sí una organización de defensas con determinantes muy poderosos.

Los autores anteriormente mencionados comparten la idea de que en el trastorno psicossomático hay una supremacía de un funcionamiento mental escindido, Killingmo (1989) a esta mirada le aportará su teoría basada en el déficit, donde expone que se trata de un problema de falla, es decir, que el objeto no responde emocionalmente de una manera adecuada en términos de las fases a las necesidades evolutivas del niño. La patología basada en el déficit se caracteriza por las fallas intrasistémicas, que puede producir una estructura defectuosa del sí-mismo, la falta de constancia del objeto, la difusión de la identidad, la escisión y la falta de capacidad para relacionarse emocionalmente con los objetos, es decir, que la propia evolución de la estructura del yo ha sido dañada.

Zukerfeld (1996) en su estudio del predominio de lo inconsciente escindido el cual puede derivarse en la cristalización del modo de funcionamiento psíquico llevaría a un funcionamiento de riesgo de dicho aparato. Originando en el sujeto respuestas comportamentales y/o somáticas a los factores de estrés, lo que en nivel afectivo se

conoce como respuestas del orden de la angustia automática, es decir, de la imposibilidad de ligadura representacional. La psicósomática sería, entonces, la presencia del cuerpo alterado y su articulación con el inconsciente escindido. El autor plantea que para poder hablar de “psicósomático” con un criterio nosológico se necesitarían dos condiciones:

- a) El cuerpo alterado como parte de una estructura narcisista que funciona escindida del resto de la arquitectura psíquica. Donde el cuerpo queda excluido de significación; el sentido es mantenerse estable subvirtiendo la necesidad biológica. Este aspecto es importante porque explicaría teóricamente los signos observables en la clínica como la alexitimia y la sobreadaptación. Ambos expresan una intensa excitación biológica que no se cualifica y no se registra psíquicamente. Lo que se registra está en el orden de las magnitudes: carencia o exceso, carga y descarga y dolor. Este último puede ser desmentido como otras señales corporales.
- b) Cuanto mayor es el sentido homeostático de la organización, son mayores los fenómenos repetitivos y menor la posibilidad de simbolización. Hay una alteración biológica que le da cierta particularidad a la economía narcisista del sujeto y que la presenta encerrado dentro de un cerco constituido por estabilidad y repetición. Este aspecto se vincula al problema del masoquismo.

Otra de las manifestaciones del inconsciente escindido es el déficit en los recursos del yo, como lo plantea Killingmo(1989) y Zukerfeld (1999) lo comparte explicando que estos determinan la manera en que un sujeto evalúa y responde a los sucesos vitales, y las características de estas respuestas influyen en su condición de más vulnerable o más resiliente. Cuanto más inadecuados (cristalizados, estereotipados) son estos mecanismos adaptativos, mayor es la vulnerabilidad.

De lo expuesto anteriormente, se comenzará a hablar de los orígenes de la vulnerabilidad somática, donde varios de los autores nombrados anteriormente concuerdan con los estudios de Winnicott (2007), quien considera que el niño nace inmaduro y su supervivencia depende completamente de un otro. Esta figura de protección está representada por la madre, quien con su cuidado activo y su adaptación completa a las necesidades del infante luego del nacimiento, deberá cubrir las necesidades fisiológicas y tener una apertura empática constante ante las necesidades

psicológicas del bebé. El éxito de la función de la madre en este período depende de la devoción que tenga ella por el niño. Las consecuencias de esto, además de la continuidad de la vida del bebé, será la integración sensoriomotriz. Paralelamente a esto, el bebé creará una ilusión de omnipotencia, para luego poder adentrarse en un principio de realidad. Esta ilusión se debe a que el niño siente que el pecho que lo alimenta es parte de él, y la madre siente que el niño alimentado es parte de ella. Luego de este momento, la función de la madre va a ser ir desilusionándolo gradualmente, de modo que el niño comience tolerando algunas frustraciones para que vaya creando sus propios recursos, para poder ir adentrándose cada vez más en la realidad objetiva donde existen límites que le ponen un freno a su necesidad de placer inmediato. Como resultado del éxito del cuidado materno en el infante se establece una continuidad de ser que constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el resultado de cada fracaso del cuidado materno consiste en que la continuidad de ser se ve interrumpida por reacciones a las consecuencias de ese fracaso, con un consiguiente **debilitamiento del yo** (Winnicott, 2007).

Del mismo modo, McDougall (1989), por su parte, concuerda que los orígenes de la vulnerabilidad somática se encuentran en la relación primitiva de la madre con el bebé, como una unidad indivisible, donde el lactante no puede representarse claramente su cuerpo separado del de su madre. Partiendo de esta matriz somatopsíquica el niño va a ir hacia una diferenciación gradual entre su cuerpo y el mundo externo, que es el pecho materno en su psiquismo. Se va a ir distinguiendo lo que es psíquico de lo que es somático. Esta paulatina desomatización de la psiquis va acompañada de una doble búsqueda: por un lado, el bebé tratará, sobre todo en los momentos de dolor psíquico o físico, de recrear la ilusión de la unidad corporal y mental con la madre-pecho, y por el otro, luchará para diferenciar su cuerpo y su ser, de ella. Si el inconsciente de la madre no se interpone en este proceso, el niño podrá construir por medio de distintos mecanismos de internalización la imagen interna de una madre contenedora, cuidadora y nutricia, apoyando su deseo de autonomía corporal y psíquica. Es fundamental que suceda esto para la estructuración psíquica y para asegurarse las funciones maternas introyectadas.

En cuanto a este proceso, Winnicott (1993) dirá que, cuando se logra la construcción del objeto interno (la madre introyectada), el yo podrá organizarse suficientemente

como para "pensar" al objeto ausente, logrando que la ausencia de este, no se transforme en una angustia catastrófica.

Si el proceso, descrito en los párrafos anteriores, donde el infante va distinguiendo lo que es psíquico de lo que es somático en una paulatina desomatización de la psiquis falla, **el psiquismo del sujeto se verá comprometido en la incapacidad de integrar, y de reconocer como suyo, su cuerpo, sus pensamientos y sus afectos.** Mc Dougall (1989) enfatizará que este psiquismo con un modo arcaico de funcionamiento corresponde a un sujeto psicósomático que tendrá como características la **ausencia de afecto, la falta de capacidad imaginativa y la dificultad de la comunicación verbal.**

La estructuración de la psique, como expresa Mc Dougall (1990), es un proceso creativo destinado a conceder a cada individuo su identidad singular. La cual provee una fortaleza contra la pérdida psíquica en circunstancias traumáticas y, a la larga, la creatividad psíquica del ser humano bien puede constituir un elemento esencial de protección contra su destrucción biológica.

Siguiendo el concepto de vulnerabilidad con orígenes en los vínculos primitivos, Marty (2003), en su teoría, propone una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales. Donde las funciones evolucionan de lo más simple a lo más complejo en un movimiento de organización hecho de asociaciones y jerarquizaciones. Este movimiento se repite sin cesar, en particular en el curso del desarrollo. Después del nacimiento, una gran parte de los poderes de asociación y de jerarquización funcionales del lactante está mediatizada por la función materna. Progresivamente el lactante, y después el niño pequeño, se harán cargo de los poderes de organización, y esta se efectuará sobre planos cada vez más amplios, y en sistemas sucesivos cada vez menos numerosos y mejor ordenados. De acuerdo a esto, en su estudio postula la hipótesis de una construcción psíquica incompleta o de un funcionamiento atípico del aparato psíquico de los enfermos somáticos, diferentes de la construcción y del funcionamiento del aparato psíquico de los neuróticos mentales.

Marty (2003) en su desarrollo del modelo psicósomático crea conceptos fundamentales para su estudio, aquellos son: pensamiento operatorio, depresión esencial y desorganización progresiva. Con estos conceptos el autor describirá, luego de muchos años de investigación, las características particulares del paciente psicósomático.

Green (1999) al hablar desde la teoría psicoanalítica, nombra a la pérdida del objeto como momento fundamental de la estructuración del psiquismo humano, en cuyo suceso se instaura una relación nueva con la realidad. En lo sucesivo el psiquismo será gobernado por el principio de realidad, que prevalece sobre el principio de placer, al tiempo mismo que lo preserva. Esto sucede de forma gradual. Además, agrega, si es cierto que perturbaciones anteriores de la relación madre-hijo hacen más difícil transitarlo y superarlo, la ausencia de esas perturbaciones y la buena calidad de los cuidados maternos no pueden evitar al hijo este período, que desempeña un papel estructurante para su organización psíquica. Al hablar de los orígenes de los enfermos psicossomáticos, el autor va a hacer énfasis en su estudio de su concepto de “madre muerta”, desde un punto de vista estructural, se trata de un suceso singular: la pérdida de la madre a edad temprana. Se trate del concepto de la pérdida del pecho, o de la pérdida del objeto, y aun de las amenazas atinentes a la pérdida o a la protección del superyó, y de manera general de todas las amenazas de abandono. La “madre muerta” es una imago constituida en la psique del hijo a consecuencia de una depresión materna, que genera una **desinversión masiva, radical y temporaria, que deja huellas en lo inconsciente en la forma de "agujeros psíquicos"** que serán colmados por reinversiones, expresiones de la destructividad liberada así, por ese debilitamiento de la inversión libidinal erótica. Las manifestaciones del odio y los procesos de reparación a ellas consiguientes, son manifestaciones secundarias respecto de esa desinversión central del objeto primario, materno.

Green (1972), realiza aportes en el funcionamiento de estos pacientes de frontera, entre neurosis y psicosis, que fluctúan entre la ansiedad de pérdida y la ansiedad de intrusión, donde se presenta la patología narcisista en la que se encuentran los psicossomáticos. El autor acentúa las **perturbaciones en el proceso del pensamiento y las cuatro defensas: la desinversión y la escisión como mecanismos mentales primarios y dos cortocircuitos: el pasaje al acto y la exclusión somática** (Green 1972, citado en Aisemberg, 2012).

En cuanto a la escisión del niño, el autor expone que es una reacción a la actitud del objeto, que puede ser doble:

- 1) Por una falta de fusión por parte de la madre, con la consecuencia de que aún en las experiencias reales de encuentro el niño se enfrenta con un “pecho en blanco”.
- 2) Por un exceso de fusión si la madre es incapaz de renunciar, en aras del crecimiento de su hijo, a la dicha paradisíaca obtenida durante el embarazo.

Los autores anteriormente mencionados coinciden en que la aparición del fenómeno psicosomático tiene como antecedente un duelo por una pérdida real, ya sea del sujeto mismo o de alguno de sus objetos primarios de identificación, que no pudo ser procesado psíquicamente.

3.1.2 Psicología y Cardiología

Durante varios años el trabajo en equipo de cardiólogos y de profesionales del campo psíquico (psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras y psicosomatistas) en diversos centros de investigación, han permitido el análisis científico y objetivo de los efectos de las emociones cotidianas sobre el sistema cardiovascular sano y enfermo. Siempre se dio por supuesta la influencia y la interacción entre el aparato psíquico y el soma. La investigación psicocardiológica ha podido dar cuenta y medir esta relación a través de técnicas de estrés mental, comprobando una influencia psiconeuroendocrino-humoral sobre la actividad cardiovascular. A su vez se ha tratado de correlacionar esta mayor o menor respuesta cardiovascular con el perfil psicológico de los pacientes, su grado de mentalización, su índice de ansiedad o depresión, su grado de renegación, registro o manifestación de afectos y emociones (Przybylski, 1995). En el próximo apartado se desarrollará en profundidad cada característica.

3.1.3 Características del paciente psicosomático cardíaco

De las variadas enfermedades psicosomáticas, la patología cardíaca, objeto de estudio del presente trabajo, presenta ciertas características particulares. Por un lado, los pacientes con esta afección presentan un déficit en relación a los hábitos saludables y una fuerte presencia de las conductas de riesgo. Otra de las variables a tener en cuenta en la evolución de estos pacientes es el tipo de vínculo que establecen dentro de su red social personal. Esta red contribuye sustancialmente a su reconocimiento como individuo y constituye una de las claves centrales de la experiencia individual de identidad (Alaluf, Volfzon Bembi, Fiorillo, Repetto & Monis, 2007).

A lo largo del trabajo asistencial, Monis et al. (2007) observaron también ciertas características que se repiten en la mayoría de los pacientes cardíacos:

- Antes del episodio cardíaco llevaban un ritmo acelerado con hiperactividad cumpliendo ciclos vitales prematuramente.
- Después del episodio tomarían una actitud de “supervivencia” (poco registro del deseo) que los llevaría a una disminución de la actividad en algunos casos llegando a la inactividad en otros.
- Son pacientes sobreexigidos, sobreadaptados. Se presentifica el terror dejándolos paralizados sin poder implementar adecuados mecanismos de defensa.
- El aparato psíquico de estos pacientes se ve desbordado de estímulos externos que son percibidos como ideales sociales que interjuegan en el ideal del yo y el yo ideal.
- La circulación de la agresión es otro elemento que va tiñendo las diferentes relaciones. Se puede hablar de omnipotencia del pensamiento, certezas y sus mecanismos de defensa tales como aislamiento, negación y proyección.

De acuerdo a este último punto, Mc Dougall (1989) describe al corazón como el órgano privilegiado del afecto, la metáfora del amor, del dolor y de la nostalgia, y también del odio, de la violencia y de la ira.

Siguiendo el desarrollo de las características del paciente psicossomático cardíaco, Marty (2003) en su teoría menciona tres grandes conceptos:

- **Pensamiento operatorio**

Este primer concepto pone en evidencia la carencia funcional de las actividades fantasmáticas y oníricas, las cuales permiten integrar las tensiones pulsionales y de este modo protegen la salud física del individuo. Esta carencia va a la par de las perturbaciones somáticas. Es un pensamiento consciente que tiene como características:

1. No poseer lazos con movimientos fantasmáticos de cierto nivel, duplica y ejemplifica la acción, no es exclusivo de los psicossomáticos pero tiene valor nosográfico.

2. Las relaciones del sujeto con sus interlocutores se traducen en una relación “blanca”, según el cual el sujeto desconoce su propia singularidad y la del otro, a quien le atribuye el mismo sistema de valores operatorios que el propio.
3. Este pensamiento no utiliza mecanismos mentales neuróticos o psicóticos.
4. Se presenta desprovisto de valor libidinal. Es un pensamiento que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a expresiones simbólicas, sugiere la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investidura de nivel arcaico.
5. Forma de pensamiento excesivamente pragmático y detallista, centrada en acontecimientos presentes y cotidianos.

A lo largo de su estudio, Marty sustituyó la noción de pensamiento operatorio por la de vida operatoria, que tendría en cuenta la disminución del pensamiento frente a la importancia adquirida por los comportamientos.

- **Depresión esencial**

Es una depresión sin objeto, ni autoacusación, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. Este cuadro pone en evidencia la relación con la precariedad del trabajo mental. Esta sintomatología depresiva se define por la falta: borramiento, en toda la escala, de la dinámica mental (Marty, 2003).

Por su lado, Green (1999) sostiene que el negro siniestro de la depresión que originalmente se puede reconducir al odio que se comprueba en el psicoanálisis de los deprimidos, es sólo producto secundario, consecuencia y no causa, de una angustia blanca que traduce la pérdida experimentada en el nivel del narcisismo.

Sumando al concepto de depresión postulado por los autores mencionados anteriormente, el Dr. Przybylski (1995), basándose en las investigaciones realizadas sobre los pacientes psicósomáticos cardíacos, describe que habría un estado psicológico de riesgo caracterizado por desgano, desinterés, apatía, falta de iniciativa, carencia de vigor y desenganche de las actividades de la vida diaria. Mostrando un aislamiento y una disminución frente a las oportunidades y desafíos de la vida.

- **Desorganización progresiva**

Por último, Marty (2003) explica este tercer postulado, como una de las características fundamentales de estos pacientes psicosomáticos. La desorganización se desenvuelve según un proceso contrario al de la organización evolutiva. Al mismo tiempo se comprueba una desaparición de la jerarquía funcional y una dispersión de las funciones anteriormente asociadas. Ningún trabajo regresivo de suficiente espesor detiene esta desorganización, lo que le confiere una marcha progresiva. Por último, sobrevienen las desorganizaciones de funciones somáticas cada vez más arcaicas en el plano evolutivo, cada vez más fundamentales en el plano vital. Este proceso puede producir la destrucción de los equilibrios primarios de la vida individual.

- **Otros factores emocionales**

Por su parte, Laham (2007) expone que paralelamente con los factores biomédicos de riesgo que han sido relacionados con la cardiopatía coronaria (como la hipertensión, el colesterol, o la diabetes), también se ha investigado la posibilidad de que factores psicológicos y ambientales puedan incidir en esta enfermedad. La combinación de afectividad negativa e inhibición social permanece en las personas en un modo de regresión múltiple. Este tipo de personalidad se caracteriza por la supresión crónica de las emociones negativas. Y se constituiría en un perfil de personalidad predictor independiente en las enfermedades coronarias en la medida en que, por un lado, la inhibición de la expresión emocional puede desarrollar enfermedad coronaria y desencadenar eventos agudos (como en el caso de la ira reprimida), por el otro, la depresión y la inhibición social son factores que pueden aumentar la mortalidad por un evento coronario agudo.

- **Alexitimia**

De lo dicho anteriormente, este término acuñado por los investigadores norteamericanos Nemiah y Sifneos (Aisemberg, 2012) hace referencia a la incapacidad del sujeto de nombrar sus estados afectivos o de reconocer la existencia de su afectividad. Mc Dougall (1990) encuentra el origen de este término en el déficit materno en su papel de escudo protector contra los excesos de estímulos y a la no decodificación de los estados del infans, no pudiendo dotar de sentido a sus comunicaciones no verbales. Entonces, se corre el grave riesgo de que se deteriore la capacidad del niño

para conferir rudimentos de sentido a lo que vivencia y para representarse psíquicamente los impulsos de su ello y sus objetos subsiguientes. Por lo tanto, el individuo es impulsado a la acción en vez de ser llevado a la actividad y a la contención psíquica.

De acuerdo con lo expresado anteriormente, los pacientes psicossomáticos no tienen en modo alguno consciencia de sufrir una incapacidad para reconocer sus experiencias emocionales o una tendencia a pulverizarlas, eyectándolas fuera de la psique o atomizadas en cualquier forma de acción. Poseen, además, muy poca tolerancia afectiva, haciendo que fuera urgente una descarga de la vivencia emocional en la acción. Estos sujetos que utilizan la acción como una defensa contra el dolor mental corren el riesgo de ver aumentar su vulnerabilidad psicossomática (Mc Dougall, 1989).

Todos los autores aquí mencionados coinciden en que el término alexitimia hace referencia a la incapacidad de estos pacientes en expresar sus sentimientos. Sivak y Wiater (1997) enumeran las características propias de este término:

1. Pensamiento simbólico reducido o ausente: es minucioso y está centrado en los detalles del entorno, referidos a hechos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos o motivaciones.
2. Limitada capacidad para fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación.
3. Dificultad para expresar sus propios sentimientos en palabras: son personas que tiene muy poco contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar experiencias y sensaciones corporales. Por lo que expresan sus demandas en términos físicos.

- **Hostilidad**

Freud (1898) en el desarrollo de su teoría de neurosis actual, en la génesis de síntomas neuróticos actuales y psicossomáticos, sólo tuvo en cuenta la no-satisfacción de las pulsiones sexuales; pero se debería considerar la supresión de la agresividad como otro elemento importante en la realización de la enfermedad (Laplanche-Pontalis, 1996).

Ante lo expuesto, la ausencia de expresión de rabia o enojo está relacionada con la severidad de la enfermedad coronaria (Przybylski, 1995).

Como señala Green (1999) lo psicosomático trata la cantidad de excitación somática que no se ha podido transformar en pulsión, que aún no tiene registro psíquico y que hace cortocircuito con el soma, excitación de carácter destructivo cuyas defensas pueden ser: la supresión del afecto, en especial la agresión y un equivalente al repudio de la representación. Cuando el autor habla de la “madre muerta”, la cual provoca una desinvertidura total en el niño desencadenándole una angustia "blanca" que traduce la pérdida experimentada en el nivel del narcisismo, aparece la depresión, que legítimamente se reconduce al *odio* que se comprueba en el psicoanálisis de los deprimidos.

Békei (1996) por su lado, expresa que la autoagresión es una de las características fundamentales de los trastornos psicosomáticos. Agredir al propio self es un mecanismo que participa en la producción de cualquier enfermedad, al disminuir las defensas. Es la intensidad excesiva de la autoagresión la que sirve para calificar de psicosomático a un trastorno. Dada la estructura psíquica de los pacientes psicosomáticos se imposibilita la mentalización de los impulsos afectivos, provocando en vez su somatización, y esta imposibilidad, condicionada por el defecto yoico, no es momentánea sino permanente. La fuerza autoagresiva que domina estas somatizaciones tampoco es pasajera sino constante.

En el caso de la hipertensión arterial hay estudios que la vinculan con la afectividad. Así, refiriéndose a los pacientes hipertensos, se enumeran algunos de los siguientes ítems (Lieberman, 1947):

- 1) En los antecedentes hereditarios se encuentran en un 70% de los casos padre o madre considerados sujetos nerviosos; en un 49% de los antecedentes presentan cardiopatías.
- 2) En los antecedentes personales se encuentra en general, que el padre fallece antes de que el paciente fuese mayor de edad y la madre considerada como dominadora.
- 3) En la educación se encuentra un nivel relativamente bajo,
- 4) En sus ocupaciones rinden al máximo,
- 5) En su trato social suelen ser tímidos, sensitivos y temerosos.

- 6) Presentan gran ambivalencia afectiva respecto a sus padres, una mezcla de pasividad y temor.
- 7) Presentan en general, dudas obsesivas, rasgos compulsivos y frecuentes estallidos de cólera.
- 8) Usan excesivamente café, cigarrillos y alcohol como estimulantes.
- 9) Antes del estallido de la enfermedad, el paciente sufrió la pérdida o separación de alguna persona significativa o el abandono de ciertas ambiciones.
- 10) Reaccionan pasivamente a la enfermedad, utilizan la enfermedad como pretexto para sus errores y piden insistentemente que se los cuide.
- 11) Un estado de tensión continua que no encuentra adecuada expresión al exterior y sólo se refleja en su rostro ansioso.

- **Sobreadaptación**

Al igual que la alexitimia, la sobreadaptación expresa una intensa excitación biológica que no se cualifica y no se registra psíquicamente. Lo que se registra está en el orden de las magnitudes: carencia o exceso, carga y descarga y dolor, como lo expone Zukerfeld (1996).

Braun de Dunayevich (1982) define el concepto sobreadaptación como un tipo de estructura estable, que posee como característica la supremacía del mundo externo sobre el interno, con una deficiente representación del cuerpo en el aparato psíquico, presentando una disociación cuerpo-mente, situando al sujeto en situaciones de riesgo para su vida. Según la autora, estos pacientes presentan como características:

- Son personas, generalmente, exitosas, emprendedoras
- Con una gran capacidad para el trabajo, esforzadas,
- Con tendencia a asumir grandes responsabilidades,
- No saben pedir ayuda y no reconocen que la necesitan, no saben delegar
- No confían en los demás,
- Son receptores de problemas familiares
- Son justicieros e hipergenerosos
- Fallan en su noción de tiempo y espacio,
- Resuelven situaciones con técnicas aloplásticas
- Viven al límite, en situaciones de riesgo sin percibirlo

- Buscan sentirse queridos para regular su autoestima entregándose para ello a acciones forzadas
- Tienen un superyó exigente y cruel, por lo cual el deber está por encima de todo.

De acuerdo a estas características, se hará foco en la segunda teoría del aparato psíquico fundado por Freud, en el cual describe al superyó como una de las instancias de la personalidad que tiene como funciones: la conciencia moral, la autoobservación y la formación de ideales. Es el heredero del complejo de Edipo, momento en el cual se interiorizan las exigencias y prohibiciones parentales. El niño, renunciando a sus deseos edípicos marcados por la prohibición, transforma su catexis *sobre* los padres en identificación *con* los padres. Luego, el superyó se enriquece por las exigencias sociales y culturales (Laplanche- Pontalis, 1996).

Continuando con lo expuesto, Liberman (1982) postula que sobreadaptación y enfermedad corporal son dos aspectos de la misma patología. El sobreadaptado se adapta en forma pasiva, acrítica a la realidad, sin cuestionamientos. Son pacientes que constantemente estimulan a que los demás descarguen responsabilidades sobre ellos. El segundo punto, la enfermedad en el cuerpo es la postergación y la desestimación del self corporal y emocional. La adaptación rígida a la realidad, en la que se prestigia desmedidamente el Principio de Realidad, pero dissociado y en oposición al Principio de Placer llevó a afirmar, según el autor, que estos pacientes “padecen de cordura”. Su hipereficacia y capacidad de trabajo sin medida, es para la mirada psicoanalítica expresión de la absoluta desconexión con sus necesidades y limitaciones. La respuesta somática constituye la ruptura de un equilibrio homeostático, rígido e inadecuado para la preservación del futuro vital del paciente. Es una señal de alarma que indica el momento de fractura con la sobreadaptación a la realidad exterior.

Las señales provenientes del mundo emocional y del cuerpo son ignoradas por una falla en la construcción de los símbolos a cargo de un aparato simbólico deficitario. El psicoanalista registra en la incidencia orgánica una señal, un mensaje prospectivo, hasta saludable, como si se tratara de una señal de alarma del cuerpo ante una modalidad y forma de vida que desoye sus reclamos; y además como un intento del cuerpo de inscribirse en el aparato psíquico para restablecer la unidad mente/cuerpo. La aludida disociación cuerpo/mente, en este tipo de pacientes, puede entenderse metapsicológicamente como una fusión e indiferenciación entre un aspecto del Yo

(escindido del Yo corporal), el ideal del Yo y los valores culturales dominantes. Como expresa Zukerfeld (1996), los pacientes con patología somática presentan como características, además de las nombradas anteriormente, la obediencia ligada con la sobreadaptación y una dinámica de los ideales que oscila entre el yo ideal y un ideal del yo tanático, hiperexigente.

Cuando los estímulos que parten del cuerpo no se integran en el procesamiento psíquico, el psiquismo sufre de un déficit cuyo resultado es la supremacía de la exterioridad sobre la interioridad, dejando al cuerpo únicamente expresarse por el canal de la fisiología a través del sistema neurovegetativo. El cuerpo es sólo un cuerpo anatómico y la interioridad psíquica está borrada (Arbiser, 2008).

3.1.4 Mecanismos de Defensa

Freud (1926) retoma el concepto de *defensa* estipulando que se lo debe utilizar como la designación general de todas las técnicas de que el yo se vale en sus conflictos que eventualmente llevan a la neurosis, es la protección del yo frente a exigencias pulsionales.

Refiriéndose a las defensas que están presentes en los pacientes psicossomáticos, Green (1998), expresa que la supresión de los afectos es sin duda la más usual y la más generalmente aplicada. Y agrega, que los mecanismos de disfraz más particularmente evocadores del afecto se centran alrededor del doble retorno (vuelta sobre la propia persona y vuelta en su contrario) que supuestamente deben actuar, según Freud (1926), antes de la intervención de la represión. A continuación explica los mecanismos de defensa que se dirigen electivamente hacia los afectos que los desencadenarían:

- **Proyección**

Freud (1895) describe a la proyección como una defensa primaria que constituye un abuso de un mecanismo normal consistente en buscar en el exterior el origen de un displacer. Este mecanismo fue descubierto por Freud en la paranoia. El paranoico proyecta sus representaciones intolerables, que vuelven a él desde afuera en forma de reproches.

La proyección como defensa encuentra su principio más amplio en la concepción freudiana de pulsión. Freud (1895) expone que el organismo se halla sometido a dos

tipos de excitaciones generadoras de tensión: unas de las que puede huir y protegerse, y otras de las que no puede escapar y frente a las que no existe un aparato protector contra las excitaciones. La proyección como defensa originaria aparece frente a las excitaciones internas que por su intensidad se convierten en excesivamente displacenteras, el sujeto las proyecta al exterior, lo que le permite huir y protegerse de ellas. El sujeto las trata como si estas excitaciones no actuaran desde el interior, sino desde el exterior (Laplanche- Pontalis, 1996).

- **Pasajes al acto/somatización**

Por otro lado, los otros dos destinos del afecto: el de su *expulsión por el acto* que se supone debe aliviar la tensión intrapsíquica que éste engendra, o más radicalmente aún la *somatización* (Green, 1998).

Según el autor, los pasajes al acto traducen menos un deseo de satisfacción pulsional que comportamientos de huida y evitación. La mayoría de esas actitudes de búsqueda son el resultado de prohibiciones superyoicas inconcientes.

En cuanto a las somatización (López Santiago, L. & Belloch, A., 2002), la literatura especializada sobre el tema coincide en señalar a Steckel como el autor que acuñó el término somatización, quien le otorgó un significado similar al del concepto de conversión de Freud, es decir, el de un mecanismo que convierte un conflicto psíquico en síntomas somáticos, motores (Laplanche- Pontalis, 1996). Steckel definió el término cómo el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales.

Llegado a este punto se puede diferenciar los trastornos psicósomáticos de la somatización, la diferencia fundamental radica en que en los trastornos psicósomáticos sí se constata una dolencia física, junto con la posibilidad de que factores psicológicos puedan vincularse con su aparición, mantenimiento o agravamiento. Por su parte, en la somatización no aparece un claro diagnóstico médico que pueda justificar esos síntomas (López Santiago, L. & Belloch, A., 2002).

- **Desmentida**

Sumado a los mecanismos de defensa expuestos anteriormente, se puede nombrar también a la *desmentida* como mecanismo que evita pensamientos o sentimientos que causen angustia o ansiedad (Przybylski, 1995).

Mc Dougall (1990) al referirse a uno de los orígenes más importantes de la enfermedad psicosomática, en el cual la madre no desempeña la función de protección contra el torrente de estímulos a las que está expuesto el niño, y no puede dotar de sentido a sus comunicaciones no verbales, entonces, el niño frente a esta ausencia de la madre, como no puede compensarla psíquicamente de ninguna manera, sino por completo desmentida, el bebé crea precozmente su propia barrera para protegerse de su ausencia, y esa barrera continúa aislándolo de ella aunque esté presente.

- **Escisión**

Freud (1938) plantea el término escisión como la existencia, dentro de un mismo sujeto, de dos actitudes psíquicas diferentes, opuestas e independientes una de otra. Una de las particularidades de este proceso estriba en que no conduce a la formación de un compromiso entre las dos actitudes presentes, sino que las mantiene simultáneamente, sin que se establezca entre ellas una relación dialéctica.

Winnicott (1982), expresa que se necesita la palabra psico-somático porque no existe ningún vocablo simple que sea apropiado para la descripción de determinados estados clínicos. El guión tanto separa como junta los dos aspectos de la praxis médica que constantemente se replantean en toda discusión sobre este tema. Y agrega, que el guión es una disociación en el paciente. La enfermedad en el trastorno psicosomático no consiste en el estado clínico expresado en la patología somática o el funcionamiento patológico. Es la persistencia de una escisión en la organización del yo del paciente, o de disociaciones múltiples, lo que constituye la verdadera enfermedad. La escisión del paciente se produce en muchos fragmentos, como por ejemplo dividen sus consultas médicas en varios profesionales. La escisión es tal que separa el cuidado físico de la comprensión intelectual; y lo que es más importante, separa la atención psique de la atención soma.

3.2 Tratamiento

3.2.1 Motivo de inicio de tratamiento

Según Pelorosso (2008) el significado que tienen los períodos de enfermedad del cuerpo, es un reclamo que el paciente no se da cuenta que necesita. Este reclamo representa el elemento positivo en la enfermedad psicosomática. A partir de un estado de dependencia absoluta se encuentra un intento de buscar la integración psiquesoma,

que le sería permitido por la enfermedad. En esta búsqueda, intenta que alguien se haga cargo de las funciones de sostén que fueron inadecuadas en la relación con su madre. Estas necesidades de ser cuidado incluyen a distintas personas, puede incluir desde la mujer hasta al analista. Con esta regresión a un estado de dependencia absoluta, el paciente produce una forma de curación “espontánea”.

Muchos de los pacientes con trastornos somáticos presentan limitaciones para un tratamiento analítico tradicional. Los obstáculos que presentan son: escasa percepción del sufrimiento psíquico que no los lleva a una demanda genuina de análisis, ya que llegan a éste a partir de una indicación de sus médicos tratantes o de sus familiares que son los que perciben la señal de alarma que ellos ignoran. Otra dificultad tiene que ver con la tendencia a un pensamiento concreto con escasa capacidad metafórica, la pobreza de su vida fantasmática y las dificultades en su capacidad de representabilidad, que hacen que no sueñen y que sus asociaciones queden muy referidas al proceso secundario y al principio de realidad (Aisemberg, 2012).

Continuando con el desarrollo anterior, Mc Dougall (1990) nombra a estos pacientes psicossomáticos “anti-analizando”, son pacientes que efectúan una demanda de análisis en apariencia, ya que aceptan bien el protocolo analítico en sus aspectos formales: llegan puntual, pagan las sesiones correctamente, su relato es claro y continuo, pero eso es todo. Al pasar las sesiones se comprueba que no pasa nada ni en su discurso ni entre él y el analista. No se expresa ninguna emoción transferencial; los recuerdos de la infancia permanecen estereotipados, desprovistos de afecto. Este paciente prefiere hablar de situaciones del presente. No permiten que se formen los vínculos, manteniendo relaciones objetales estables pero desprovistas de afecto, en las cuales está presente la queja y cólera contra quienes lo rodean. En la transferencia hay también una sensación de vacío de afecto, haciendo del análisis una actividad que no se ve, o es observable por su ausencia, representando una fuerza negativa, un anti-vínculo, al mismo tiempo que mantiene en su sitio todo lo que está escindido de su realidad psíquica interna. En consecuencia, cuando se escucha su discurso analítico, no se oye otro sentido más allá de lo que manifiesta. La escena inconsciente no se revela jamás.

3.2.2 Posición subjetiva del paciente frente al análisis

De acuerdo a lo expresado anteriormente, va a ser de suma importancia el conocimiento de la subjetividad de la persona en la clínica psicoanalítica, que es aquello

con lo que se trabaja en la sesión y que es la especificidad radical de cada una de las personas que se presentan para ser analizadas, que es absolutamente distinta de todas las demás, que está sujeta, determinada y vectorizada por su historia personal, y que se despliega en el campo de la transferencia (Torres de Aryan, 2005).

La transferencia, para el psicoanálisis, es el proceso en el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. Esta transferencia se reconoce clásicamente como la transferencia en la cura (Laplanche- Pontalis, 1996).

Como expresa Mc Dougall (1990) estos pacientes psicósomáticos le dejan al analista la sensación de ser para ellos una condición más que un objeto, calificando esta transferencia como transferencia operatoria. Entonces, todo lo anteriormente desarrollado ofrece pocas perspectivas analíticas que observar, pero como la autora manifiesta, dado que el analista es un buen observador de sí mismo, queda la contratransferencia como elemento presente en este tipo de análisis. Siendo la contratransferencia el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche- Pontalis, 1996).

Por lo tanto, los objetos de observación del analista, difíciles de detectar, pueden captarse únicamente a través de la contratransferencia. Detrás del discurso, y frecuentemente negados por la palabra, se ocultan el miedo, la angustia, el amor, el odio. Queda intentar comprender, con lo que le es propio al analista, el afecto contratransferencial, que ocurre en estos pacientes (Mc Dougall, 1990).

En cuanto a la transferencia en los pacientes psicósomáticos, Killingmo (1989) expresa que estos pacientes con patología de déficit, a diferencia de la transferencia basada en el conflicto, en la cual los impulsos y afectos son dirigidos hacia representaciones internalizadas de objetos emocionales que anteriormente fueron importantes en la vida del sujeto, y estas representaciones son proyectadas inconscientemente en el analista con la gratificación por parte de él. La dependencia compulsiva de la aprobación del objeto disminuirá en la medida que se estructuren las funciones afirmativas del objeto. Pero si la internalización de las representaciones del objeto y de sus funciones no ha sido completada, el individuo se mantiene más o menos

dentro de una relación preestructural (funcional) con el objeto. Esta es la transferencia que se origina en el déficit. Hace referencia a la repetición de necesidades dirigidas hacia objetos que no han sido internalizados. El paciente con una transferencia de déficit necesita un objeto capaz de suministrarle las condiciones apropiadas para corregir las representaciones objetales distorsionadas y para internalizar las funciones de objetos. Entonces, el analista toma el rol de proveedor que suministra al paciente algo que él no ha obtenido de los objetos-si-mismos originales, ya sea amor, aprobación o empatía. La escucha empática y cuidadosa, permite al analista entender que características específicas de las relaciones objetales se reflejan en la transferencia y ajustar sus intervenciones a ello.

3.2.3 El sentido de la cura

El sentido de la cura, según Aisemberg (2008), es el acceso a los derivados del inconsciente. En estos pacientes somáticos quienes presentan un funcionamiento no-neurótico, se va a tratar de construir algo nuevo sobre las huellas primitivas. En cuanto a su tratamiento, se recorrerán dos caminos en paralelo. Por un lado, el mejoramiento del funcionamiento neurótico que favorece los procesos de simbolización; y por el otro, un trabajo analítico referido concretamente al funcionamiento narcisista que tiene que ver con el sostén narcisista de la transferencia, con el trabajo de contratransferencia y con la posibilidad de realizar construcciones tempranas (traumas tempranos y duelos no elaborados) (Aisemberg, 2012).

Se tratará de ayudar al paciente a tomar consciencia de lo que estaba inconsciente. Sobre el fundamento afianzado de una relación establecida y con la colaboración de las pulsiones inhibidas, el sujeto transfiere al analista sus deseos infantiles, que son interpretados por este utilizando la contratransferencia. Es así como se realiza una deconstrucción de la organización neurótica. Si la indicación de análisis fue acertada, la síntesis secundaria se efectúa espontáneamente. La regla fundamental concierne a la expresión de las asociaciones libres. La función del analista sería entonces la de intérprete. El objetivo fundamental del análisis es restablecer una homeostasis y reorganizar el funcionamiento mental (Calatroni, 1998).

Por el contrario, Killingmo (1989), a lo que respecta a la patología basada en el déficit, expone que el esfuerzo terapéutico no se dirige principalmente a revelar los significados ocultos sino más bien a ayudar al yo a experimentar el significado mismo.

No se trata de encontrar algo más sino de sentir que algo existe. Al trabajar con derivados del déficit, el analista no puede esperar que el paciente experimente sin más ni más su invitación a investigar como un benevolente acto de ayuda. Es más probable que sea interpretada en términos de crítica, provocación o ataque, lo cual debilitará la alianza terapéutica. Por lo tanto, la perspectiva terapéutica busca corregir y separar las representaciones si-mismo-objeto distorsionadas o difusas y producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales que todavía no se ha alcanzado en la evolución previa. Entonces, las intervenciones del analista deben tener no una naturaleza interpretativa (aunque, a veces se necesitarán este tipo de intervenciones) como en la patología del conflicto, sino una naturaleza afirmativa. Las intervenciones afirmativas, incluirían para el autor, términos como “contener” y “sostener”. Entonces, se pueden distinguir dos tipos de estrategias terapéuticas: por un lado, la revelación del significado, en la patología del conflicto y por el otro, la creación del significado, en contextos del déficit. Así, el analista cumple el papel tanto de un objeto-si-mismo de transferencia como de un objeto-si-mismo nuevo, teniendo este último la propiedad de estimular la construcción de estructuras. El analista sirve como modelo para aprender actitudes del yo más diferenciadas. Esto ayudará al paciente a que tome el control de las funciones de autorregulación.

Además de lo dicho anteriormente, Przybylski (1995) expresa que es de suma importancia para el tratamiento el trabajo en equipo: médico-psicológico, el cual tiene un arma terapéutica muy valiosa a través del establecimiento de una estrecha relación de contención, escucha y sostén, ayudando al paciente a confrontarse con precaución a la verdad respecto de su enfermedad y de los métodos de diagnóstico y tratamiento, muchas veces cruentos, así como a percibir las frustraciones de la vida en una forma más benigna, y a disminuir las exigencias de sus ideales, que los someten a una autoexigencia destructiva.

4. Metodología

El presente trabajo tendrá una metodología descriptiva.

4.1 Tipo de Estudio

Estudio de caso único.

4.2 Participante

Caso clínico de una mujer (Ana) de 68 años que fue internada en agosto de 2014 en un hospital situado en el conurbano bonaerense por presentar hipertensión arterial y luego de 30 hrs. fue dada de alta sin presentar serias complicaciones. Por este motivo, es derivada a una psicóloga del servicio de Psicocardiología del hospital por su médico cardiólogo. Siendo la primera vez que realiza una terapia.

La paciente es de nacionalidad extranjera, pero hace varios años reside en Buenos Aires. Se separó de su primera pareja siendo ella muy jovencita. Luego de unos años, conoció a su segunda pareja con el cual estuvieron varios años juntos hasta que enviudó. Actualmente convive hace 7 años con Carlos. Ambos están jubilados. Tiene una hija del primer matrimonio que vive en su país natal; la cual está casada y tiene dos hijos de distintos matrimonios. Las actividades actuales de Ana son asistir a una iglesia evangélica y practicar en una comparsa.

4.3 Instrumentos

Se trabajará a través de distintos instrumentos:

- La lectura de la historia clínica de la paciente, en la cual se encuentran el motivo de la derivación, su árbol genealógico, sus antecedentes, el diagnóstico médico y el registro de las distintas sesiones.
- La observación participante durante las supervisiones de la psicóloga tratante.
- Entrevista a la psicóloga a cargo del tratamiento sobre la demanda de análisis de la paciente, anamnesis, observación de características de la personalidad y físicas presentadas en las distintas sesiones, sintomatología psicósomática propias del paciente psicósomático cardíaco, estructura psíquica, capacidad

de simbolización, registro de emociones, instalación de la transferencia y contratransferencia en el marco terapéutico, alianza terapéutica, mecanismos de defensa, historia de violencia y hostilidad en la vida de la paciente.

- Entrevista al psicólogo supervisor sobre las características propias del paciente psicosomático cardíaco.
- Entrevista al médico cardiólogo tratante sobre la motivación de derivación de la paciente a un tratamiento psicoanalítico.

4.4 Procedimiento

Se procedió a efectuar la recolección y toma de nota del material, por un lado, durante la observación participante del espacio de supervisión los días viernes de 9 a 12 hrs, durante tres meses. Además, durante las mismas se tomó nota de la historia clínica de la paciente. Por otro lado, se realizó una entrevista a la psicóloga supervisora del caso, con una duración de media hora. Esto se realizó en la Institución Psicoanalítica donde se desarrolló la Práctica Profesional. También se realizó una entrevista al médico cardiólogo tratante, de media hora de duración en el área de Psicocardiología del Hospital de la Provincia de Buenos Aires.

5. Desarrollo

Introducción

Durante el presente apartado se trabajará con el material recolectado de los espacios de supervisión, a los cuales asistió la Psicoanalista tratante de la paciente con sintomatología psicósomática cardíaca, como así también la lectura de su historia clínica, y se utilizarán los aportes de las entrevistas realizadas a la Psicoanalista supervisora del caso, a la Psicoanalista tratante y al médico cardiólogo, quien fue el que derivó a la paciente al análisis. Todo este material resulta de suma importancia para comprender el caso.

Conceptualización del caso

La paciente, protagonista del caso de estudio, se llama Ana tiene 68 años es de nacionalidad extranjera, pero hace varios años reside en Buenos Aires. Con la primera pareja, ambos oriundos de Bolivia, tuvo una hija que actualmente vive en su país natal; la cual está casada y tiene dos hijos de distintos matrimonios. Durante su primer matrimonio, Ana fue víctima de violencia de género, hecho que la motivó a escaparse de su país de origen a la Argentina con la hija de apenas dos años de edad. La paciente relata que la violencia recibida también fue durante el embarazo. Durante los primeros años de residencia en Buenos Aires, Ana trabajó como modista.

Luego de unos años, contrajo matrimonio con un hombre que trabajaba en una portería de un edificio situado en Capital Federal. Ana lo ayudaba en las tareas referidas a este trabajo. Ambos vivían en la portería. Más tarde, el hombre fallece y Ana se ve obligada a dejar la vivienda. Durante el período de enfermedad de su marido, Ana se reencuentra con un viejo amigo de la adolescencia, Carlos, quien luego de fallecido el marido, la invita a salir. Un tiempo después, la paciente se pone en pareja con él.

Ana tiene a su única hija, Marisa, quien contrajo matrimonio tres veces, y sus relaciones también estuvieron teñidas de violencia. Marisa tiene dos hijos, uno con su primer matrimonio, se llama Belisario y tiene 28 años, vive con su padre, quien es la imagen referente del chico. Y un segundo hijo, Manuel de 18 años, fruto del segundo matrimonio, quien vive en la Provincia de Buenos Aires, solo. Trabaja en un lavadero de autos. Manuel, es una de las grandes preocupaciones que expresa la paciente, porque

es un chico con adicciones y problemas sociales, que cayó preso en reiteradas ocasiones.

Ana, actualmente vive con su tercera pareja, Carlos, ambos jubilados. Ana asiste a una iglesia evangélica y junto con su marido practican en una comparsa.

Marisa convive actualmente con su tercer marido en su país natal, Bolivia. La paciente expresa respecto a esta relación que la tiene muy preocupada, ya que la hija es víctima de violencia de género y ella le contó a su madre que el marido es muy agresivo y que se va a separar. Luego de esta declaración, Ana se quedó tranquila por la decisión de su hija, hasta que días más tarde vio una foto en una red social, de Marisa con su marido abrazados.

Una semana después de sucedido este hecho, durante el mes de agosto de 2014, Ana fue internada de urgencia en la guardia de un Hospital del Conurbano Bonaerense por presentar un pico de presión importante. Luego, continúa atendiéndose con su médico cardiólogo del hospital, quien la trata desde el año 2012. Luego de este episodio, Ana concurre regularmente a hacerse chequeos con este médico quien le propone, luego de verla algunas veces, que comience un tratamiento psicológico.

Ana, tuvo su primera visita al hospital en agosto de 2012, dos años antes, en la misma fecha, por presentar un fuerte dolor en el pecho. El cual no fue claro y no tuvo mayores complicaciones.

5.1 Analizar el motivo del inicio del tratamiento psicoanalítico y su relación con la situación actual de la paciente.

Ana en agosto de 2014 es internada de urgencia en un hospital del conurbano bonaerense por presentar hipertensión. Estuvo un día entero en observación y con tratamiento hasta que lograron estabilizarla. Luego de este episodio, la atendió su médico cardiólogo del mismo hospital quien le realizó varios estudios cardíacos. El resultado de éstos no arrojó ninguna enfermedad cardíaca grave, sino una tendencia a tener presión alta. Por lo cual, el médico le recetó medicamentos para su tratamiento (Espacio de supervisión, 1º sesión).

En la entrevista con el médico cardiólogo, el médico relata que luego de verla algunas veces observó que la paciente estaba con una gran angustia. Por lo cual, le pareció oportuno recomendarle que asistiese a una terapia psicológica. La paciente aceptó esta recomendación y él la derivó con una profesional perteneciente a la Institución Psicoanalista que presta servicios clínicos al área de Psicocardiología del hospital.

Como se puede observar, los pacientes que presentan una patología psicósomática presentan limitaciones para comenzar por sí mismos un tratamiento analítico. Esto se debe a que tienen una pobre percepción de su sufrimiento psíquico, por lo cual no se ven interesados en una demanda de análisis, sino que llegan a éste a partir de una indicación de sus médicos tratantes o de sus familiares que son los que perciben la señal de alarma que ellos ignoran (Aisemberg, 2012).

La angustia que Ana puede llegar a sentir, no puede traducirla en palabras. No hay un correlato psíquico que la lleve a analizar su problemática. Esta es una de las características del paciente psicósomático cardíaco, la *alexitimia*, término estudiado por Nemiah y Sifneos (Aisemberg, 2012), hace referencia a la incapacidad del sujeto de nombrar sus estados afectivos o de reconocer la existencia de su afectividad.

En la primera sesión con la Psicoanalista Ana llega vestida completamente oscura, con ánimo caído. La analista durante la sesión intentó indagar el motivo de la consulta. Ana le contó que “la mandó” su médico cardiólogo, sin demostrar ella algún interés particular con respecto a su consulta. La analista le siguió preguntando porque el médico le había recomendado que pida un turno con ella. Para lo cual, Ana responde: *“No sé, tuve un pico de presión alta, me internaron, mi médico me empezó a medicar... No sé, una vez que me dieron el alta mi médico me aconsejó que saque un turno con la Psicóloga”*. (Espacio de supervisión, 1º sesión).

Observando este relato, se puede llegar a advertir otra de las características presentes en estos pacientes, el pensamiento operatorio (Marty, 1998). Pensamiento sumamente concreto, práctico y detallista, en el cual el paciente cuenta hechos anclados en acontecimientos presentes y cotidianos, con una notable ausencia de fantasía. Ana no puede expresar la angustia que siente, es el médico quien “lee” este sufrimiento y le brinda una herramienta para tratarlo. La paciente cuenta en su relato lo que le sucedió

concretamente: la internación, la hipertensión, la medicación. Pareciera presentar una importante carencia en reconocer su angustia y el origen de la misma.

Ana en la mayoría de las sesiones da cuenta de este tipo de pensamiento concreto. A partir de la segunda sesión comenzó a hablar sin parar, ocupando el tiempo del análisis en contar detalladamente su semana, sus actividades, sus peleas con el marido y sus visitas a su país natal. Relato de la Psicoanalista en la Supervisión de la 2° sesión: *Durante esta segunda sesión, Ana habló todo el tiempo, verborrágicamente. El hablar como un acto mecánico, también es parte de un pensamiento no reflexivo, operatorio. Donde no hay demostración de emoción.*

En la 3° sesión, la paciente le cuenta a la analista: *que su marido se encuentra muy irritable y se aleja de ella. Ana piensa que puede deberse a una medicación que está tomando. Esto le trae problemas de erección. Ana expresa que ellos siempre durmieron juntos desnudos y que son muy activos sexualmente. Además añade que es muy celoso. Ana expresa todo este relato sin ninguna demostración afectiva. En esta narración se puede analizar la ausencia del pensamiento simbólico, centrándose en un pensamiento basado en los detalles de los acontecimientos externos sin la expresión emocional de la paciente. No hay ligazón de ningún tipo (Supervisión de la 3° sesión).*

La hipertensión habla de un exceso de tensión que no pudo ser tramitado psíquicamente y tuvo como camino directo la expresión física. Como expresa Zukerfeld (1996) lo que se registra en el cuerpo está en el orden de las magnitudes, en este caso, exceso. Pareciera ser que la paciente no puede tolerar la vivencia afectiva y necesita urgentemente una descarga produciéndola por la vía de la acción (Mc Dougall, 1989). Este exceso de tensión que presentó Ana una semana después de descubrir que su hija, quien sufre violencia por parte del marido, no se había separado, sino todo lo contrario, se había arreglado con aquel, desató en la paciente emociones que no pudo tolerar ni elaborar psíquicamente, siendo el cuerpo el medio de expresión para tanta tensión.

Ana llegó a la guardia del hospital sintiéndose muy mal, con un pico de presión que la obligó a quedarse internada para que la “estabilicen”. Algo que ella no puede lograr por sí misma. Teniendo este síntoma un significado particular: es un reclamo que la paciente no se da cuenta que necesita. Como expresa Pelorosso (2008) este reclamo representa el elemento positivo en la enfermedad psicósomática. La enfermedad le permite buscar la integración psique-soma. En esta búsqueda, es el médico cardiólogo

quien se hace cargo de las funciones de sostén, que muy probablemente fueron inadecuadas en su infancia. La autora expresa, que con esta regresión a un estado de dependencia absoluta, el paciente produce una forma de curación “espontánea”.

Esto se puede observar en el siguiente extracto de la supervisión de la 2º sesión: La Psicoanalista, expresa: *En esta segunda sesión, Ana se presenta de manera muy arreglada, con colores alegres, vibrantes, primaverales. No como en la primera sesión que vino vestida con colores oscuros y ánimo caído.* La supervisora del caso hace una intervención, dirigiéndose a la psicóloga tratante, que este cambio abrupto puede deberse a una “fuga de la salud”, quiere decir que puede presentar síntomas de mejora pero puede deberse a algo momentáneo. Que lo vaya observando en las siguientes sesiones.

Como expone Pelorosso (2008) esta curación “momentánea” de la paciente, expresada en la segunda sesión, pareciera demostrar que, por el solo hecho de haber tenido una sola sesión, la paciente ya demuestra un cambio en su conducta. El sentirse contenida de alguna manera por su médico tratante y por su analista, le da un cierto alivio transitorio. Ana pareciera sentirse contenta con este nuevo espacio. En la cuarta sesión, al ingresar al consultorio le regala a la Psicoanalista una bolsa con caramelos y le dice que es para “agradecerle”.

Cuando la paciente se retira de la primera consulta, mira a la Analista y le dice: *Te llamas Elena como mi mamá... hay muchas Elenas en mi vida...*” así se cierra este primer encuentro. Encuentro en el cual la paciente trae de alguna manera la imagen de su madre. Si bien no se sabe cuál fue su historia con ella, se puede llegar a pesquisar algún elemento que más tarde lleve a la analista a trabajar sobre la infancia de su paciente, sobre la relación madre-hija. Se cierra la primera sesión, pero se abre un sinnúmero de preguntas sobre esta primitiva relación madre-infante.

5.2 Analizar la posición subjetiva de la paciente con respecto al análisis psicoanalítico.

Mientras transcurrían las distintas sesiones la analista fue conociendo parte de la historia personal de Ana. Lo notorio es que todos los relatos de la paciente se remiten al mismo presente, con un pequeño asomo hacia su pasado. El cual es nombrado por la

paciente con hechos y fechas puntuales, como un relato mecánico y detallista pero sin tener una conexión con lo afectivo.

Ana cuenta en su primera sesión su huida de su país natal con su hija de 2 años, por sufrir violencia por parte de su primer marido. Pero no expresa ni angustia, ni bronca, ni sentimientos vividos en ese momento. Si bien, se muestra predispuesta a contar parte de su historia y acceder a este espacio de análisis, falta la conexión de su relato con la elaboración psíquica y su conexión con lo emocional. Como lo señala Mc Dougall (1990), son pacientes que responden de manera formal a la demanda de análisis en apariencia, pero eso es todo. Al pasar las primeras sesiones se comprueba que no pasa más que el discurso formal del paciente, como es el caso de Ana. No hay expresión emocional, los recuerdos relatados de forma repetitiva están carentes de afecto. Este paciente prefiere hablar de situaciones concretas del día a día.

Luego, pasadas varias sesiones puede observarse que la paciente por momentos hace una conexión con sus sentimientos. Las expresiones: *“Acá aprendí que tengo opciones”*, *“Lo que me angustia es que no puedo abrazar a mi hija”* y se larga a llorar. Cuando finaliza la novena sesión, Ana le dice a la Analista: *“Lo último y ya te dejo libre... siempre me acuerdo de vos, en cómo me orientas”*. Todas estas frases indicarían que Ana acepta y responde al trabajo analítico y empieza a conectarse con sus emociones. Haciendo más corta la brecha de la división psique-soma.

Para la analista va a ser muy importante, para el proceso psicoanalítico, el conocimiento de la subjetividad de Ana, que es aquello con lo que fue trabajando en las distintas sesiones y que es lo propio de ella, por lo que está atravesada su historia personal, y que se despliega en el campo de la transferencia, como expone Torres de Aryan (2005). Pero al pasar las sesiones, sin bien por momentos pareciera que puede hacer una conexión con sus emociones, muchas veces la limitación de la paciente en ir hilvanando los acontecimientos vividos con sus sentimientos originados y su elaboración psíquica, hace dificultoso el trabajo analítico.

Como expresa Mc Dougall (1990) estos pacientes psicósomáticos le dejan al analista la sensación de ser para ellos una condición más que un objeto, nombrando a esta transferencia como transferencia operatoria. Por lo expuesto en el párrafo anterior, pareciera ser que a veces hay pocas perspectivas analíticas que observar, pero como la autora manifiesta, dado que el analista es un buen observador de sí mismo, queda la

contratransferencia como elemento presente en este tipo de análisis. Por lo tanto, los objetos de observación del analista, difíciles de detectar, pueden captarse únicamente a través de la contratransferencia. Siendo la contratransferencia el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche- Pontalis, 1996).

En la supervisión de la 9ª sesión, la Analista relata que Ana se presentó a la sesión toda vestida de violeta. La analista, en vez de decir violeta, dice “*violenta*”. Y expresa: *me confundí!* La Analista al escuchar su expresión manifiesta que algunas veces lo que le despierta la paciente son sentimientos de bronca. Como es el siguiente ejemplo al finalizar la sesión: Ana le dice a la analista: “*Haceme acordar que la sesión que viene quiero hablar del hijo de mi marido.*” Este pedido le despierta a la analista bronca. Si bien a la Analista la paciente le provoca estos sentimientos, no se pudo saber porqué, que es lo que le resuena a ella de la historia de esta paciente.

5.3 Analizar la expresión emocional de la paciente y su vinculación con su sintomatología psicosomática cardíaca.

La paciente cuenta que vivió en Buenos Aires durante varios años sola con su hija, cuya convivencia no fue buena. Dice que la hija cuando fue creciendo era muy agresiva con ella, y ella respondía de la misma manera con su hija. Cuenta que la hija la golpeaba mucho y ella decidió hacerle una denuncia. En palabras de Ana: “*Yo tenía miedo de sacarme y matarla. Una vez la vi tirada en el piso y le pasé por encima... no sabía si estaba dormida, desmayada o muerta*” (Supervisión de la 7ª sesión).

Analizando el relato de Ana, se podría observar uno de los mecanismos de defensa propio de los pacientes psicosomáticos, *la proyección* que permite una ubicación de los afectos fuera de sí, lo cual supone una cierta exteriorización, donde el procedimiento defensivo permanece en la esfera psíquica, es transportada hacia el otro (Green, 1998). Ana cuenta la agresividad de su hija hacia ella y su necesidad de protegerse contra este hecho realizando una denuncia. Pero esta violencia de la hija es la misma que ejerce ella. El pasarle por encima a su hija y no saber en qué estado se encuentra es de una violencia extrema y ciega. Debe ser muy displacentero para la paciente hacerse cargo de estos sentimientos que la invaden, y frente a esto traslada su propia agresividad a la hija, las proyecta hacia el exterior para poder desprenderse de este sentimiento aniquilador.

Luego, de dicho esto, Ana continúa diciendo que su marido cuando era alcohólico también “tenía sus arranques”. Hasta acá pareciera ser que las relaciones de la paciente están rodeadas de agresividad. Como plantean en su estudio Alaluf, Volfzon, Bembi, Fiorillo, Repetto & Monis (2007), luego de trabajar con pacientes psicósomáticos cardíacos, uno de los elementos a tener en cuenta en la evolución de estos pacientes es el tipo de vínculo que establecen dentro de su red social personal. Y expresan, que la circulación de la agresión es otro elemento que va marcando las diferentes relaciones.

Cuando habla del marido en otras sesiones, siempre menciona que está irritable y que es muy celoso (relato de la 3° sesión). La paciente cuenta una situación que sucedió días atrás: estaban en un cumpleaños y un amigo la invitó a bailar. Luego de este hecho, su marido al llegar a la casa le dijo de dormir separados. Por otro lado, desde que comenzó el análisis, la paciente cuenta que va sola a hacer las compras. Antes, siempre a todos lados la llevaba su marido. Luego de estas situaciones y del cambio que nota su marido en ella, él le dijo que *“le permitía tener un amante”*. La analista le pregunta que piensa ella. Ana responde: *“La vida es corta, hay que disfrutarla.”* Y agrega: *“todo pasa por mí, yo tengo la última palabra”*.

Pareciera que no hay por parte de la paciente un análisis más profundo, sino una causa para una consecuencia bien concreta. No abre una charla armónica con su marido para preguntarle a él que es lo que le sucede con todo lo que están viviendo y ella compartirle a él lo que siente. Si no, se monta una escena de peleas en la cual es el marido quien está “irritable” y se aleja.

Por otro lado, uno de los principales temas traídos al espacio analítico, es la preocupación de Ana por la violencia de la cual su hija es víctima. Ana expresa que su hija le dice, luego de haber recibido varias veces violencia por parte de su marido, que va a separarse. Una semana después de dicho esto, la paciente se entera por facebook, al ver una foto de su hija abrazando al marido, que se arreglaron y no se va a separar. A los días la internan (Relato extraído de la 1° sesión). Ana ante este impacto, no le dice nada a su hija, y luego de una semana su cuerpo habló. Como manifiesta Przybylski (1995), la ausencia de expresión de rabia o enojo está relacionada con la severidad de la enfermedad coronaria. Ana ingresa en el hospital con un pico de presión. Por su lado Green (1998), expresa que la supresión de los afectos es sin duda la defensa más

aplicada en los pacientes psicossomáticos. Ana al no expresar esta angustia, al no ponerle palabras, su cuerpo reacciona, como dice el autor, uno de los mecanismos de defensa presentes en estos pacientes es su expulsión por el acto que se supone debe aliviar la tensión intrapsíquica que éste genera.

Puede ser que con la historia de violencia sufrida por la hija, le venga a ella el recuerdo de su propia violencia recibida por su primer marido, de la cual ella tuvo que escaparse con esta hijita siendo muy chiquita de su país natal. Hoy el “escape” de Ana es subiéndole la presión y, de alguna manera, siendo asistida por ello. Como se dijo en párrafos anteriores, la enfermedad es la parte positiva de la enfermedad psicossomática, es el pedido de ayuda que el paciente necesita (Pelorosso, 2008).

Otro ejemplo que puede ilustrar la ira, es el siguiente relato extraído de la supervisión de la novena sesión. La paciente trajo una pelea muy fuerte que tuvo con su marido, diciendo que él se enoja por esperarla tanto (se refiere a que él la lleva a todos lados pero no le gusta esperarla cuando se demora en algo), y ella expresa que quiere “despegarse”. Si bien, en las primeras sesiones Ana cuenta que está empezando a viajar sola e independizarse del marido, pareciera que por momentos le resulta difícil lograrlo. Ana le dice a su marido: *“No me hables más, voy sola a todos lados”*. Y le dice a la Analista: *“él no me habla más, y para mí esto es un castigo. Me tiene muy angustiada. Si yo no puedo hablar siento una opresión, no me desahogo. Como si me pusieran una tapa y después exploto y revoleo cosas”*. Los pacientes psicossomáticos cardíacos presentan en general, dudas obsesivas, rasgos compulsivos y frecuentes estallidos de cólera (Lieberman, 1947). Los estallidos de cólera pueden implosionar, provocando síntomas en el propio cuerpo, o explosionando, estallando para el exterior en actos (Mc Dougall, 1989), como se puede observar en el siguiente hecho: Ana cuenta en la octava sesión que en esa semana se pelearon con el marido nuevamente y cuando se estaban sentando a comer, él no quiso comer y Ana enojadísima estalló el plato de fideos contra la pared.

De acuerdo a esto último, Zukerfeld (1996) expone que la cristalización del modo de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido de estos pacientes, va a originar en el sujeto respuestas comportamentales y/o somáticas a los factores de estrés. A nivel afectivo se conoce como respuestas del orden de la angustia automática, es decir, de la imposibilidad de ligadura representacional. Ana, en los momentos de

estrés, como puede ser una pelea con el marido, pareciera ser que no tiene la capacidad de tramitar psíquicamente la frustración que le causa este hecho y da una respuesta en el orden de la angustia automática, la cual pasa directamente a expresarla de forma comportamental.

Por otro lado, continuando el análisis del relato de la paciente, se puede observar otra de las características presentes en los pacientes psicósomáticos, la sobreadaptación, la cual posee una supremacía del mundo externo sobre el interno (Braun de Dunayevich, 1982). En este caso, Ana le causa una angustia terrible que su marido no le hable. Como expresa el autor, buscan sentirse queridos para regular su autoestima entregándose para ello a acciones forzadas. Ana, en alguna parte de ella, quisiera poder manejarse de manera más independiente, poder ir sola a los lugares. Pero su marido ante esta decisión de su mujer se enoja. Liberman (1982) postula que estos pacientes tienen una seria confusión entre asumir responsabilidades y ser querido aceptado por los demás. Interpretan los mensajes que les llegan de otras personas como órdenes o expectativas que deberán satisfacer.

5.4 Proponer puntos a trabajar en el tratamiento psicoanalítico.

Llegado a este punto, luego de todo el camino recorrido, se plantearán posibles puntos a trabajar en el tratamiento analítico de Ana.

Cómo se estudió anteriormente, cada paciente es un caso particular. Si bien hay rasgos propios que comparten los pacientes psicósomáticos cardíacos, por lo que se observa en la clínica, cada paciente es único, trae su subjetividad: su historia, sus genes, su contexto. Pero, en términos generales se puede observar que antes del episodio cardíaco llevaban un ritmo acelerado con hiperactividad, muchas veces cumpliendo ciclos vitales prematuramente, y luego del episodio toman una actitud de supervivencia, en referencia al poco registro del deseo, cubriendo solamente sus necesidades básicas, evitando así movimientos que generen algún tipo de cambio (Entrevista Supervisora del caso).

Ana, al haber sido internada por presentar un pico de presión, le dio la posibilidad, de alguna manera, de tocar un límite y permitirse empezar a trabajar su problemática desde otro lado. Gracias a la derivación de su médico clínico al espacio de psicocardiología, le dio la oportunidad a la paciente de encontrar un lugar donde sentirse

escuchada y contenida y empezar a trabajar aspectos que nunca antes habían sido tenidos en cuenta por ella.

En el espacio psicoanalítico, como postula Aisemberg (2012), con estos pacientes somáticos quienes presentan un funcionamiento no-neurótico, se va a tratar de construir algo nuevo sobre las huellas primitivas. El esfuerzo terapéutico no se dirige principalmente a revelar los significados ocultos sino más bien a ayudar al yo a experimentar el significado mismo. No se trata de encontrar algo más sino de sentir que algo existe. La perspectiva terapéutica busca corregir y separar las representaciones si-mismo-objeto distorsionadas o difusas y producir la estructuración de aspectos de las relaciones objetales que todavía no se ha alcanzado en la evolución previa (Killingmo, 1989).

Ana a lo largo de las distintas sesiones fue compartiendo parte de su historia personal. La analista fue conociendo los distintos vínculos de la paciente, su forma de relacionarse, las distintas actividades que realiza, y sus escenas cotidianas. Como, se dijo anteriormente, cada paciente es único, Ana todavía no pudo llegar a contar su historia de la infancia. Como en todo análisis se espera con paciencia el surgimiento de este relato. Es probable que se encuentre ahí mismo, en las primitivas relaciones de la paciente con sus padres o figuras de cuidado, una de las respuestas de la vulnerabilidad somática de Ana. Como expone Winnicott (2007) como resultado del éxito del cuidado materno en el infante se establece una continuidad de ser que constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el resultado de cada fracaso del cuidado materno consiste en que la continuidad de ser se ve interrumpida por reacciones a las consecuencias de ese fracaso, con un consiguiente debilitamiento del yo.

Por lo tanto, en el espacio analítico se recomendará trabajar con intervenciones del tipo afirmativas, las cuales incluyen las acciones “contener” y “sostener” al paciente. Y para ello se va a hacer énfasis en la transferencia, pero más aún en la contratransferencia, y de esta manera, la analista junto con la paciente irán en busca de la creación del significado (Killingmo, 1989).

Uno de los puntos positivos, que se pudo observar cuando finalizaba la primera sesión fue la expresión de Ana hacia la Analista: “*Te llamas Elena como mi mamá... hay muchas Elenas en mi vida...*”. En esta frase hay una parte de Ana que empieza a conectar en la relación con la Analista. A partir de esta frase se podría empezar a ir

trabajando esta relación primitiva de madre e hija, para poder ir llegando a construir un nuevo significado en la vida de Ana.

Otro de los aspectos importantes a trabajar para el control de las funciones de autorregulación serían la alexitimia y la sobreadaptación, las cuales expresan una intensa excitación biológica que no se cualifica y no se registra psíquicamente. (Zukerfeld, 1996). Al transcurrir las sesiones, se ven en Ana estas dos características del pensamiento operatorio (Marty, 2003) propio del paciente psicossomático: la incapacidad de poner en palabras sus sentimientos y, por otro lado, su adaptación rígida a la realidad, sin cuestionamientos. De acuerdo a esto, en su tratamiento, se recorrerán dos caminos en paralelo:

1. Por un lado, el *mejoramiento del funcionamiento neurótico* que favorece los procesos de simbolización.

En este punto, se podría trabajar con la paciente el encontrar las palabras adecuadas para describir los sentimientos que le traen las distintas situaciones cotidianas. Por ej: cuando Ana cuenta detalladamente sus peleas con el marido y se dedica a puntualizar cada escena, demostrarle a la paciente que atrás de todos esos detalles hay sentimientos que no están siendo expresados adecuadamente y es necesario conocerlos para poder encarar la relación de otra manera más sana. De esta manera, reducir las quejas físicas para entrar de a poco en una descripción más elaborada de los obstáculos psíquicos.

2. Por el otro, un trabajo analítico referido concretamente al *funcionamiento narcisista* que tiene que ver con el sostén narcisista de la transferencia, con el trabajo de contratransferencia y con la posibilidad de realizar construcciones tempranas (traumas tempranos y duelos no elaborados).

Por lo tanto, como expone Killingmo (1989) el analista cumple el papel tanto de un objeto-si-mismo de transferencia como de un objeto-si-mismo nuevo, teniendo este último la propiedad de estimular la construcción de estructuras. El analista sirve como modelo para que el paciente pueda aprender actitudes del yo más diferenciadas. Esto ayudará al paciente a que tome el control de las funciones de autorregulación. Un buen ejercicio para el analista es pensar que sentimientos le provoca el paciente, de esta manera podrá usar sus propios sentimientos como guía para trabajar en la sesión (Mc Dougall 1990).

De acuerdo a los puntos propuestos anteriormente, es de suma importancia incluir otros aspectos en el trabajo analítico (Entrevista con la Supervisora del caso):

3. *El cuidado de la salud* del paciente después del episodio: que el paciente pueda conocer que cosas pueden suceder, que otras se pueden prevenir y cuales modificar.
4. *Trabajar con la familia* acerca de la problemática, como repercute en las relaciones intersubjetivas: conflictos como la alimentación, la sexualidad, el ritmo laboral, que generalmente lo expresan los familiares cercanos.
5. Si el paciente presenta alguna *adicción* perjudicial para su salud, se va a trabajar en cómo puede el paciente cambiar ese hábito por otro benigno.
6. En el trabajo analítico también es importante mostrarle a la paciente sus fortalezas. Como por ejemplo: la gratitud que la Analista pudo observar cuando la paciente le lleva caramelos como agradecimiento, y su interés en involucrarse en grupos sociales, como la comparsa o su grupo evangélico, los cuales les sirven a la paciente como factor curativo.

Además de lo dicho anteriormente, Przybylski (1995) expresa que es de suma importancia para el tratamiento el trabajo en equipo: médico-psicológico, el cual tiene un arma terapéutica muy valiosa a través del establecimiento de una estrecha relación de contención, escucha y sostén, ayudando al paciente a confrontarse con precaución a la verdad respecto de su enfermedad y de los métodos de diagnóstico y tratamiento, muchas veces cruentos, así como a percibir las frustraciones de la vida en una forma más benigna, y a disminuir las exigencias de sus ideales, que los someten a una autoexigencia destructiva.

6. Conclusiones

El objetivo general de la presente investigación correspondía al análisis del caso de una paciente con sintomatología psicósomática cardíaca y su motivación para el comienzo de un análisis psicoanalítico.

Como primera instancia, para analizar el primer objetivo se entrevistó al médico cardiólogo tratante de la paciente y se asistió a los espacios de supervisión. Ambas instancias permitieron conocer el motivo del inicio del tratamiento psicoanalítico y su vinculación con la situación actual de la paciente. Con lo observado, se puede suponer que algunos pacientes que presentan una patología psicósomática presentan limitaciones para comenzar por sí mismos un tratamiento analítico. Esto se debe a que tienen una pobre percepción de su sufrimiento psíquico, por lo cual no se ven interesados en una demanda de análisis, sino que llegan a éste a partir de una indicación de sus médicos tratantes o de sus familiares que son los que perciben la señal de alarma que ellos ignoran (Aisemberg, 2012). En cuanto a la situación actual de la paciente, su internación por pico de presión, representó el elemento positivo en la enfermedad psicósomática. A raíz de este episodio, el área de psicocardiología del hospital, la asistió tanto física como mentalmente. La cual le permite a la paciente buscar la integración psique-soma (Pelorosso 2008). A partir de este pedido se pudo comenzar a trabajar con la paciente en el espacio psicoanalítico.

Con respecto al segundo objetivo, se pudo analizar la posición subjetiva de la paciente en el análisis psicoanalítico por medio de las observaciones en las supervisiones. Este conocimiento de la subjetividad de la persona en la clínica psicoanalítica, se logra con lo que se trabaja en la sesión y que es la especificidad radical de cada una de las personas, que está atravesada por su historia personal, y que se despliega en el campo de la transferencia (Torres de Aryan, 2005). Si bien, durante las distintas sesiones la paciente demostraba una dificultad para conectarse emocionalmente con los hechos que le iban sucediendo, se tomaron como herramientas para su conocimiento la transferencia y la contratransferencia. Como expresa Mc Dougall (1990) estos pacientes psicósomáticos presentan una transferencia operatoria, sin conexión con lo emocional, dejando al analista con sensación de ser un objeto. Entonces el analista como es un buen observador de sí mismo, queda la contratransferencia como elemento presente en este tipo de análisis. Siendo la

contratransferencia el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste (Laplanche- Pontalis, 1996).

En cuanto a la expresión emocional de la paciente y su vinculación con su sintomatología psicósomática cardíaca, se pudo analizar por medio de los distintos relatos en las supervisiones que la manera de la paciente de vincularse con los demás generalmente tenía la agresividad como forma de expresión. Como plantean en su estudio Monis et al. (2007), luego de trabajar con pacientes psicósomáticos cardíacos, uno de los elementos a tener en cuenta en la evolución de estos pacientes es el tipo de vínculo que establecen dentro de su red social personal. Y expresan, que la circulación de la agresión es otro elemento que va marcando las diferentes relaciones.

Paralelamente, otro de los rasgos característicos de los pacientes psicósomáticos cardíacos, es la alexitimia, la incapacidad de verbalizar las emociones e identificarlas (Sivak y Wiater, 1997). Como manifiesta Przybylski (1995), la ausencia de expresión de rabia o enojo está relacionada con la severidad de la enfermedad coronaria. La afección cardíaca de Ana puede estar relacionada, además de a una predisposición orgánica, a una supresión de la expresión de los afectos (Green 1998).

Finalmente, en el último objetivo se plantean puntos a trabajar en el tratamiento psicoanalítico. Teniendo en cuenta las características de la paciente propias del paciente psicósomático, quienes presentan un funcionamiento no-neurótico, se va a tratar en el análisis de construir algo nuevo sobre las huellas primitivas. El esfuerzo terapéutico no se dirige principalmente a revelar los significados ocultos, sino más bien a ayudar al yo a experimentar el significado mismo. No se trata de encontrar algo más sino de sentir que algo existe (Aisemberg, 2012). Por lo tanto, en el espacio analítico se recomendará trabajar con intervenciones del tipo afirmativas. Y para ello se va a hacer énfasis en la transferencia, pero más aún en la contratransferencia, y de esta manera, la analista junto con la paciente irán en busca de la creación del significado (Killingmo, 1989).

Con respecto a las limitaciones del presente estudio, se podría decir que el no haber podido conocer la historia de la infancia de la paciente, la relación primitiva de su madre con ella, hace dificultoso el análisis completo y profundo de la estructura psicósomática de la paciente. Se entiende que en todo análisis hay una espera paciente del analista respecto a los tiempos de la analizada en contar su historia.

Otra de las dificultades percibidas fue el de no haber observado, presenciado y participado en forma directa de las sesiones con la paciente, sino a través de lo observado en las supervisiones. Al utilizar los relatos de la Analista en las supervisiones, arbitrariamente se recorta y se trabaja con lo que a ella le resultó importante del análisis.

Con respecto a la profesional que llevó adelante el caso, hubiera sido más provechoso que haya tenido más experiencia en la temática. De esta manera, hubiera sido más rico su aporte para el presente trabajo.

Un obstáculo en cuanto a uno de los instrumentos fue el no haber podido realizar la entrevista a la psicóloga tratante. Por cuestiones de tiempo de la profesional no se pudo llegar a concretar.

La investigación hasta aquí presentada se considera una aproximación a la problemática analizada, que plantea algunos interrogantes con respecto a la historia personal de la paciente y su relación con la patología psicósomática. A pesar de las limitaciones del estudio ya señaladas, se ha podido corroborar la presencia en la paciente de características propias de los pacientes psicósomáticos cardíacos, como alexitimia, sobreadaptación, pensamiento operatorio, hostilidad, y los mecanismos de defensa: escisión, proyección, pasaje al acto y desmentida, en consonancia con investigaciones anteriores.

Para futuras líneas de investigación se podrían utilizar historias clínicas más completas donde se haya podido trabajar las relaciones primitivas del paciente con sus padres. De esta manera se podría obtener un análisis más profundo y preciso de los orígenes de la vulnerabilidad psicósomática.

Por otra parte, sería interesante también la posibilidad de observar sesiones a través de una cámara gesell.

Concluyendo, la experiencia de la práctica profesional en la Institución Psicoanalítica contribuyó al conocimiento teórico de la temática psicósomática, logrando vincular la teoría psicoanalítica con la práctica profesional observada. Por otro lado, favoreció el desarrollo de la observación crítica, tanto en las admisiones con los pacientes como en las supervisiones con los distintos profesionales.

Por su lado, la confección del presente trabajo motivó el estudio de futuros casos

sobre la enfermedad psicosomática y afianzó la idea de trabajar en la clínica especializándose en dicha temática.

7. Referencias bibliográficas

- Aisemberg, E. (2008). La sombra de la herencia en el psicoanálisis contemporáneo. *Revista del Psicoanálisis*, 65, 129-142.
- Aisemberg, E., Wainer, B., Bichi, E., Devoto, T., Eckell de Muscio, I., Gruemberg de Steren, N., Presas de Ginzo, A. & Stisman, A. (2012). *El cuerpo en escena*. Buenos Aires: Lumen.
- Alaluf, C., Monis, B., Volfzon Bembi, J.L., Fiorillo, N., Monis, B. & Repetto, L. (2007) *Aportes del tratamiento psicoterapéutico para pacientes con patología cardíaca. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Arbiser, S. (2008) El legado de David Liberman. *Revista de Psicoanálisis APdeBA* 30, 1, 149-174
- Békei, M. (1996) *Lectura de lo psicosomático*. Buenos Aires. Editorial: Lugar. 133-141.
- Braun de Dunayevich, J. (1982) Sobreadaptación y falta de angustia señal en *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para graduados*, 7, 11-18.
- Calatroni, M. (1998) *Pierre Marty y la psicosomática*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1898) La sexualidad en la etiología de las neurosis. *Sigmund Freud Obras completas, III*. Ediciones Amorrortu.
- Freud, S. (1895) Las neuropsicosis de defensa. *Sigmund Freud Obras completas, III*. Ediciones Amorrortu.
- Freud, S. (1926d) Inhibición, síntoma y angustia. *Sigmund Freud Obras completas, XX*. Ediciones Amorrortu.
- Freud, S. (1938) La escisión del yo en el proceso defensivo. *Sigmund Freud Obras completas, XXIII*. Ediciones Amorrortu.

- Green, A. (1999) Narcisismo de vida, narcisismo de muerte. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- Green, A. (1998) Acerca de la discriminación e indiscriminación afecto-representación. Revista de Psicoanálisis APdeBA – 20, 3, 518-581.
- Killingmo, B. (1989) Conflicto y déficit: implicaciones para la técnica. Libro Anual de Psicoanálisis. Ediciones Psicoanalíticas Imago S.R.L. Londres-Lima, 111-125
- Laham, M. (2007) La Psicocardiología en el Tratamiento de la Persona Coronaria. Federación Argentina de Cardiología, 5to. Congreso Virtual de Cardiología. Recuperado de:
- Liberman, D. (1947) Semiología Psicósomática. Buenos Aires, Editorial López & Etchegoyen, 43-47.
- Liberman, D., Grassano de Piccolo, E., Neborak de Dimant, S., Pistiner de Cortiñas, L. & Roitman de Woscoboinik, P. (1982) Del cuerpo al símbolo: sobreadaptación y enfermedad psicósomática. Buenos Aires, Kargieman.
- López Santiago, L. & Belloch, A. (2002) La somatización como síntoma y como síndrome: una revisión del trastorno de somatización en Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 7, 2, pp. 73-93. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología
- Marty, Pierre (2003) La psicósomática del adulto. 1ª ed. 2ª reimpresión. Buenos Aires, Editorial Amorrortu.
- McDougall, J. (1990). Alegato por una cierta anormalidad. Buenos Aires: Paidós SAICF.
- McDougall, J. (1989). Teatros del cuerpo. Buenos Aires: Julián Yébenes, S.A.
- Pelorusso, A. (2008) Abordaje del paciente psicósomático. Recuperado de http://www.slowmind.net/colombo_net/abordaje.pdf

- Przybylski, J. (1995) Psicocardiología: Subespecialidad cardiológica. Interacción médico-psicológica. Revista del Instituto de Psicología de Buenos Aires, 2, 2.
- Realini de Granero, E. (2007) Crisis, trauma y cuerpo. En Tatuajes Revista de Psicología, 8, 4-8.
- Sivak, R. & Wiater, A. (1997) Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica. Buenos Aires, Paidós.
- Torres de Aryan, D. (2005) Subjetividad: un enfoque psicoanalítico. Conferencia en APdeBA – 27, 3, 495-512.
- Winnicott, D.W. (1982) La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos Revista uruguaya de psicoanálisis, 61. Recuperado: <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719826102.pdf>
- Winnicott, D,W. (1993) Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (2011) Sobre el desarrollo resiliente: Perspectiva Psicoanalítica. Clínica contemporánea, 2, 2. 105-120.
- Zukerfeld, R. & Zonis Zukerfeld, R. (1999) Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica. Buenos Aires: Lugar.
- Zukerfeld, R. (1996) Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica; Buenos Aires: Paidós.