

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**TFI**

***Relación transferencial de pacientes***

***Psicosomáticos***

Autor: Abigail Lorena Cohen

E-MAIL: [bigui\\_@hotmail.com](mailto:bigui_@hotmail.com)

# INDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
<b>2. MÉTODO</b>	
<b>2.1. Objetivos .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Tipo de estudio .....</b>	<b>7</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>3.1. La estructura psicósomática.</b>	
3.1.1. Desde Freud.....	8
3.1.2. La construcción del síntoma psicósomático.....	11
3.1.3. Personalidad psicósomática.....	15
3.1.4. Los normópatas .....	16
3.1.5. El funcionamiento psíquico del paciente con estructura psicósomática.....	17
3.1.6. Alexitimia.....	17
3.1.7. Pensamiento operatorio.....	19
3.1.8. Sobreadaptación.....	20
<b>3.2. Transferencia.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3 Transferencia de pacientes psicósomáticos.....</b>	<b>25</b>
<b>3.4. Casos clínicos.....</b>	<b>30</b>
3.4.1. Viñetas clínicas.....	31
3.4.2. Caso Renata.....	37

**4. CONCLUSIÓN.....44**

**5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....46**

## **RESUMEN**

*El presente Trabajo de Integración Final tiene como objetivo describir las características del paciente psicossomático, y su vínculo transferencial con el analista, diferenciándolo del paciente neurótico.*

*Para el abordaje del tema se realizará un relevamiento bibliográfico explorando la posición de los principales autores que han trabajado sobre esta problemática. Asimismo se utilizarán diferentes casos observados durante la pasantía con la finalidad de realizar una articulación entre la teoría y la práctica. Los datos obtenidos mediante la observación permitirán ejemplificar cómo es la relación transferencial de pacientes psicossomáticos.*

# 1. INTRODUCCION

El presente Trabajo de Integración Final se basa en la pasantía realizada en el servicio de Psicodermatología de un Hospital . A partir de la información tomada de diferentes supervisiones, se ha elegido el tema: Relación transferencial de pacientes psicosomáticos.

Es importante destacar la relevancia del tema, ya que es fundamental comprender la diferencia entre la transferencia de un paciente psicosomático del paciente neurótico.

Para facilitar la descripción se comenzará por realizar una breve reseña acerca de cómo es un paciente psicosomático, y cuáles son sus características, para luego puntualizar específicamente en la transferencia de dichos pacientes.

Para McDougall (1990), el término psicosomático se reserva para los trastornos orgánicos donde la disfunción fisiológica es demostrable. Aunque estos síntomas no parecen tener significado simbólico alguno, se presentan ligados a la estructura de personalidad del paciente, a las circunstancias de su vida, de su historia.

En la medida en que es el cuerpo quien habla, se podría pensar que la somatización es una especie de silenciamiento de la historia personal del sujeto. Esto lleva a pensar que, entonces, el síntoma psicosomático en la medida en la que no es entendido, ocupa un lugar silenciado en la teoría y la práctica psicoanalítica.

McDougall (1990) señala que, ver pacientes en una clínica psicosomática, derivados por un clínico por sus síntomas, genera una visión muy distinta de la

patología que, si el mismo paciente va a psicoanalizarse y sus síntomas son un emergente más de una demanda de ayuda psicoanalítica.

Es por eso que se traza una diferencia fundamental en la construcción de la transferencia en estos pacientes, como así también en escucha analítica.

A lo largo del trabajo se utilizarán algunas viñetas clínicas recortadas del material de supervisión en lo que se ira formando parte. En función que se presentan casos clínicos se ha modificado el nombre y otros datos a fin de preservar la identidad de los pacientes, de acuerdo a normas éticas. Cabe destacar que durante la residencia se rotó por diferentes espacios de supervisión, esto imposibilitó realizar seguimiento de varios casos en particular.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Objetivos.**

El presente trabajo tiene como objetivo general describir el fenómeno psicossomático en diferentes viñetas clínicas, y un caso en particular; y comprender qué particularidad tiene la relación transferencial en dichos pacientes.

A partir de allí se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Realizar una síntesis de diferentes enfoques de la problemática psicossomática.
- Enumerar las características del paciente psicossomático.
- Describir brevemente el término transferencia.
- Definir cómo es la transferencia en pacientes psicossomáticos.
- Ejemplificar la relación analista – paciente tomando algunas viñetas clínicas, escuchados en supervisiones, en el Hospital Álvarez, y un caso en particular.

### **2.2. Tipo de estudio.**

Para abordar la temática del presente TFI, se hará un relevamiento bibliográfico, tomando la definición de diferentes autores que trabajaron el tema de la Psicossomática.

Este estudio descriptivo acerca de un dispositivo clínico puede considerarse un estudio de caso porque tomará en cuenta un caso clínico trabajado en diferentes supervisiones de un Hospital .

### **3. MARCO TEÓRICO.**

#### **3.1. La estructura psicosomática.**

##### 3.1.1. Desde Freud.

A lo largo de su historia, el psicoanálisis, desde sus diferentes marcos teóricos explicativos, ha realizado valiosas aportaciones acerca de lo referido a la psicosomática. Freud diferenció las psiconeurosis de defensa (histeria, obsesión, fobia) de las neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría), tratándolas como tipos de neurosis con etiología y patogenética diferentes. Mientras que las manifestaciones corporales de las psiconeurosis responderían a mecanismos de conversión de tipo histérico, las neurosis actuales estarían más cerca de la problemática psicosomática.

Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicosomática, sin duda él fue su inspirador al destacar la influencia de los factores psíquicos en lo biológico y, concretamente, en la formación de síntomas somáticos.

Esta idea se refleja desde sus trabajos en citas como:

Los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos. [...] Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos[...] Cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas (Freud, 1890, AE 1, p. p. 119 - 120).



Si una persona experimenta una impresión psíquica, en su sistema nervioso se acrecienta algo llamado suma de excitación. En todo individuo, para la conservación de su salud, existe el intento de empequeñecer la suma de excitación. El acrecentamiento de la suma de excitación pasa por vías sensoriales y su empequeñecimiento por vías motrices (Freud, 1893).

En “Estudios sobre la histeria” (1895), incluso antes de descubrir el significado simbólico de los síntomas en las pacientes histéricas, señala que los síntomas somáticos son el resultado de la transformación, de la conversión de una excitación endógena en una inervación somática. Lo expresa de la siguiente manera:

La suma de excitación no destinada a entrar en asociación psíquica halla, tanto más, la vía falsa hacia una inervación corporal [...] consiguiéndose así que la representación insoportable queda expulsada de la conciencia del yo, la cual, acoge en su lugar, la reminiscencia somática nacida por la conversión, y padece bajo el dominio del afecto, enlazado con mayor o menor claridad a tales reminiscencias (Freud, 1895, AE 2, p.133).

En esa misma época, en la explicación de las neurosis actuales, Freud (op. cit) descubre cómo la angustia no puede ser transformada y organizada a través del aparato psíquico ya que sobrepasa sus posibilidades de elaboración mental. Esta sobreexcitación y la falla de los mecanismos mentales producen la descarga en el cuerpo a través de síntomas somáticos. Afirma que, si se considera el mecanismo de las dos neurosis - refiriéndose a la conversión histérica y a la neurosis de angustia - , se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. En ambas hay acumulación de excitación, en lo que quizá tenga su fundamento la semejanza entre los síntomas; también, una

insuficiencia psíquica que producen unos procesos somáticos anormales. Tanto en una como en otra, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside en que la excitación en cuyo desplazamiento se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)” (Freud, op. cit).

Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian gracias al compromiso de la formación de síntoma. El síntoma se engendra como un retoño del cumplimiento del deseo libidinoso inconsciente, desfigurado de manera múltiple, es una ambigüedad escogida ingeniosamente, provista de dos significados que se contradicen por completo entre sí. (Freud, 1914).

El fenómeno psicósomático no se puede descomponer analíticamente de la misma manera que el síntoma de los psiconeuróticos. No consienten su reducción histórica o simbólica a vivencias eficientes, no se los puede comprender como unos compromisos de mociones pulsionales contrapuestas.

Los síntomas característicos de las afecciones psicósomáticas no son formaciones del inconsciente, no son formaciones sustitutivas, es por eso que el relato del paciente aparece sin modulaciones afectivas, no recurre al uso de metáforas, el lenguaje no parece ser un canalizador o generador de emociones.

### 3.1.2. La construcción del síntoma psicossomático.

Marty (1990) define el fenómeno psicossomático como una desorganización del Yo, que como defensa produce una regresión a puntos tempranos de fijación.

Toma para ello el concepto de *fijación* de Freud y plantea la posibilidad de una fijación somática temprana, previo a la simbolización, que actúa como defensa ante el peligro de desintegración que sufre un niño cuando su desarrollo sensoriomotriz se encuentra trabado por una mala relación empática con su primera figura significativa.

Un niño evoluciona en un juego de presencias y ausencias del objeto; debiendo haber una huella mnémica que pueda representarse. Deberá existir para ello, una madre suficientemente buena que posibilite este juego de símbolos que admite, gradualmente, que el bebé pueda separarse de ella.

Será este movimiento de representación por ausencia lo que establecerá la primera relación con el pensamiento que vendrá. Si adviene la Represión, y esto puede ocurrir de un modo diferido por retorno de lo reprimido, en ese espacio psíquico caracterizado por el objeto que no está pero dejó su marca, surgirá un pensamiento creando las condiciones necesarias para el funcionamiento de un psiquismo incipiente, es decir un inconsciente, un preconscious y una conciencia.

Cuando la experiencia con el objeto resulta en alto grado frustrante; esta conducta no empática con su madre produce un exceso de excitaciones que traban el desarrollo del preconscious, dado que esta separación abrupta lo deja sin posibilidad de simbolizarla; lo deja en peligro de muerte psíquica. Donde debió haber marcado, habrá vacío representacional.

El Yo, para sostener una débil autonomía debe resignar sus propias satisfacciones narcisistas, postergando sus preguntas acerca de su propia identidad, ante el intento de controlar la relación con el objeto.

El temor del Yo aquí, no es como en las neurosis por lo que pudiera descubrir en el inconsciente, sino a caer a merced de las pulsiones escindidas o a derrumbarse por el abandono total del objeto.

Estos pacientes que no han podido organizarse a partir de la construcción de un objeto interno, no podrán pensar al objeto sin que esto se transforme en una pérdida intolerable. Es decir, su yo no puede trabajar con representaciones, dado que toda experiencia de pensamiento supone una mediatización entre el yo, el cuerpo y objeto; y esto se logra renunciando a la satisfacción pulsional; estos pacientes poseen en cambio un sistema de racionalizaciones que tienden más a aislar que a sublimar la vida pulsional. El único camino parecería ser el acto afuera o el fenómeno en el cuerpo.

Marty (1990) mantiene el supuesto básico de que los sucesos y situaciones que se nos presentan tocan nuestra afectividad y desencadenan una serie de excitaciones a las que debe darse una salida adecuada. Una buena parte de este trabajo pertenece a la elaboración mental, siempre y cuando el individuo esté dotado de un buen soporte para la mentalización.

Si se dan fallas o insuficiencias en la adquisición de representaciones de palabras ligadas con valores afectivos, se corre el riesgo de que la vía somática aparezca de una manera patológica. La carga de las emociones, mal vehiculizada y poco o mal elaborada e integrada por las funciones mentales, se compromete rápidamente por la vía corporal.

Marty (op. cit) propone una organización y jerarquización progresiva de las funciones biológicas y mentales, circunscribiendo el eje organización/desorganización.

Así para él las enfermedades somáticas se conciben como desorganización, concibiendo su sintomatología como negativa - ausencia de síntomas en el sentido clásico, es decir, en el plano mental - , mientras que las enfermedades mentales clásicas - las psiconeurosis - serán concebidas como enfermedades con sintomatología positiva, en orden al privilegio que la jerarquización por él establecida concede a las funciones mentales.

Su hipótesis es la de una construcción incompleta del aparato psíquico en los enfermos somáticos, que él considera diferente de la construcción y del funcionamiento de los neuróticos mentales. Alude a conceptos como *pensamiento operatorio*, *depresión esencial* y *desorganización progresiva*, propios de ese funcionamiento de los pacientes con enfermedades somáticas, que él inscribe dentro de una “personalidad psicósomática”.

Con el nombre de pensamiento operatorio hace referencia a una disminución del pensar pensamientos en beneficio de la importancia que cobran los comportamientos, acentuándose la noción de carencia de representaciones y su pobreza afectiva. Llega a hablar de *vida operatoria* como una noción que, como dice el autor, reemplaza relativamente al pensamiento operatorio para tener en cuenta mejor la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos.

La depresión esencial implica un cierto estado crónico de desestabilización psíquica, con una disminución general del tono psíquico, característico de una depresión, como una falta de vida fantasmática y de su procesamiento. Sería consecuencia de sucesos traumáticos que han desbordado la capacidad elaborativa.

Con la desorganización progresiva se estaría aludiendo al efecto desorganizador de lo traumático, una suerte de pérdida de una jerarquía funcional de los sistemas psíquicos.

De esta forma, con la existencia de una mala organización general de fondo y con un punto de partida de tipo depresivo esencial, las desorganizaciones toman una marcha progresiva y de proporciones peligrosas para la vida del sujeto.

Establece una economía psicosomática tomando el preconscious como un *punto central* y destacando que cuanto más rico sea el preconscious de un sujeto en representaciones relacionadas entre sí de una manera permanente, más probabilidades tendrá la patología eventual de situarse en un plano mental. En cambio, cuanto menos rico sea en ellas y en las relaciones y permanencia de las mismas, la patología correrá un mayor riesgo de situarse en el plano somático. Esto es así porque el preconscious es concebido como la herramienta fundamental del aparato mental para protegerse de la cantidad de excitaciones y estímulos tanto instintivos como exteriores.

Así, la diferenciación que Marty (op. cit) establece entre el aparato mental de los neuróticos, entendiendo por tal a los sujetos con psiconeurosis o neurosis mentales, del de los enfermos psicosomáticos es una cuestión básica de su teoría. Todas estas anomalías en el funcionamiento mental dan lugar a una serie de características que constituyen la *personalidad psicosomática*.

### 3.1.3. Personalidad psicósomática.

Marty (1990) define cómo es la personalidad del sujeto con una estructura psicósomática. Algunas de sus características serían las siguientes:

1. Apariencia de normalidad psíquica. Tienen una hiperadaptación social y su desviación respecto a la norma parece estar exclusivamente ligada a anomalías somáticas.

2. Pensamiento operatorio. Es un pensamiento consciente, sin ligazón con los movimientos fantasmáticos y desprovisto de un valor libidinal, que se aferra a contenidos concretos adheridos a la materialidad de los acontecimientos.

3. Relaciones objetales carentes de afecto. Su incapacidad proyectiva y fantasmática afecta a las relaciones interpersonales. El psicósomático es incapaz de contactar con sus propios sentimientos y, por tanto, no puede expresarlos. De este modo, sus intercambios con los demás están deslibidinizados y vacíos.

4. Incapacidad de soñar. Entre las funciones del sueño podemos señalar la liberación de las fantasías inconscientes o la neutralización de experiencias traumáticas mediante la actividad onírica. Pues bien, en estos sujetos, dada la desvinculación abismal respecto a su inconsciente (por la ausencia de preconscious), no surge la posibilidad de desplegar material onírico o bien sus sueños son de tipo operatorio.

5. Tendencia a la gesticulación corporal, a las manifestaciones sensoriomotrices inespecíficas y a las quejas de dolor físico en momentos en que cabría suponer la aparición de manifestaciones neuróticas.

### 3.1.4. Los normópatas.

McDougall (1990), basándose en la experiencia clínica con sus analizados, añade algunas consideraciones que distinguen su pensamiento de los autores que se han presentado. Dice que las observaciones de los psicólogos sobre el pensamiento operatorio y la alexitimia le parecieron acertadas. Pero había comprobado, en sus propios pacientes, que estos fenómenos cumplían ante todo una función defensiva, remontándonos a una fase del desarrollo donde la distinción entre el sujeto y el objeto aún no es estable y puede crear angustia.

Los llamó normópatas y observó al mismo tiempo que manifestaban todas las características de lo que Winnicott llamó falso self. Le pareció que este falso self debía servir para proteger al verdadero self que de otro modo no hubiera quizá sobrevivido.

Para McDougall (1990) el fracaso de las defensas habituales frente al desamparo psíquico, hará que la persona *somatice* el dolor mental. Habla de una *histeria arcaica*, donde las angustias no están ligadas a la castración, sino al temor de perder la identidad subjetiva e incluso la vida.

Cuando el inconsciente materno obstaculiza la escucha de las necesidades del bebé, éste se ve frenado en su intento de construir, lentamente en su interior, la representación de un entorno maternizante que le proteja y le consuele. También se le negará forzosamente la posibilidad de identificarse un día con esta *madre interna*. La disfunción psicósomática surgirá como respuesta a todo tipo de conflictos, como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales enviar mensajes



que serán interpretados somáticamente. Este tipo de mensajes son enviados por la psique cuando ésta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente. De este modo, en tanto forman parte de la histeria arcaica, estos fenómenos dotados de un sentido psicológico pertenecen a un orden simbólico y son una respuesta somatopsíquica que da la psique en sus esfuerzos por prevenirse contra angustias que serían quizás psicóticas si alcanzaran la conciencia.

3.1.5. El funcionamiento psíquico del paciente con estructura psicósomática.

Según Maldevsky (1993), puede resumirse la estructura psicósomática con dos condiciones mínimas:

- La presencia de un trastorno somático, en el sentido clásico del término, pero ampliado, de modo que abarque también las alteraciones funcionales, las concomitancias psicológicas de la emoción y los estados depresivos.
- El funcionamiento psíquico particular del paciente psicósomático que puede definirse en torno a la *alexitimia*, el *pensamiento operatorio* y la *conducta sobreadaptativa*.

3.1.6. Alexitimia.

Significa carencia de palabras para expresar emociones. McDougall (1978) enriqueció esta teoría con sus apreciaciones acerca del bebé como un ser alexitímico por

definición, es decir, un ser a quién resulta imposible hablar y expresar sus emociones, un ser que – debido a su inmadurez- depende de otras personas para que expresen por él sus sentimientos. Así cabría considerar a la parte alexitímica de la personalidad como una estructura psíquica infantil notablemente detenida en su desarrollo. Este tipo de alteraciones se presenta en personas que, si bien no están perturbadas psicóticamente, actúan como niños no verbales y desamparados, que dependen de modo intenso de otros para comprender o hacer comprender sus experiencias emocionales.

McDougall (1978) infiere que estos pacientes sufrieron durante su infancia hechos traumáticos, determinados concretamente por la relación de la madre con el cuerpo de su hijo; esta relación conforma no sólo los aspectos somáticos sino también lo referente a la afectividad y vitalidad.

La conducta disociada con respecto al cuerpo durante la infancia se refleja luego en el adulto cuando habla de su cuerpo; lo hace como si se refiriese a un objeto extraño y que no le pertenece a él, sino a la madre. El paciente trata sus emociones de la misma manera, como algo que no es de su propiedad. Entonces no asume la responsabilidad sobre lo que siente sino que se lo atribuye a su madre, como si se tratara de una vivencia de ella y él aún fuera un niño.

En el desarrollo normal del individuo, la adquisición del lenguaje simbólico sucede a la comunicación a nivel somático. En ambos estadios del aprendizaje la madre desempeña un papel preponderante, ya que es portavoz de los afectos y emociones del niño. Gracias a las reacciones e interpretaciones de la madre, el niño adquiere un modelo para expresar y pensar su afectividad. La madre nombra las distintas zonas y funciones orgánicas, las anuncia, las pone en palabras por primera vez. Y es también la encargada del grado de investidura libidinal que va a recibir cada zona o función.

Cuando a un niño se le impone lo que debe o no debe sentir acerca de sí mismo, se está rechazando su intento de comunicar sus vivencias afectivas; esto puede producir en él un estado de confusión o indiscriminación emocional.

Esta *alexitimia inculcada*, unida a la ausencia de investidura, altera el funcionamiento de zonas y funciones corporales y genera impotencia para hacer consciente y discriminar el dolor corporal y el dolor mental.

Las consecuencias de estas perturbaciones alexitímicas pueden leerse en estados extremos de repudio a la vitalidad pulsional y/o a los estímulos externos; así como también en la ausencia de percepciones informativas provenientes del propio cuerpo.

### 3.1.7. Pensamiento operatorio.

Se trata de un pensamiento consciente que no enlaza lo orgánico con la actividad fantasmática. Además es deficiente para manejar los criterios de temporalidad y, por eso, al relatar sus actos, el sujeto los duplica y ejemplifica dentro de un lapso limitado y actual (Marty, 1963).

Las palabras de un paciente de este tipo ilustran directamente una acción, no conllevan señales de transformaciones ni poseen contenido fantasmático, aunque aludan a personas o relaciones personales representativas. Sus características específicas son el permanecer en el nivel gestual y pensar a través de una mecánica ligada estrictamente a la materialidad de los hechos y los objetos a los que alude. Este pensamiento es práctico, lineal y restringido en cuanto a la ampliación de vivencias de tipo afectivo o fantasmático. Adolece de falta de producción imaginativa.

El espacio de este tipo de paciente es la actualidad. Para él, todo transcurre en el presente; si se ve en la necesidad de emitir referencias del futuro o del pasado, lo hace transformándolo en fragmentos del presente, con el orden debido a la sucesión de los

acontecimientos. Esto coloca al sujeto dentro de una realidad dentro de la cual sólo puede participar de una forma práctica y sin despliegues libidinales ni agresivos.

La relación del pensamiento operatorio con los contenidos inconscientes se da en un nivel muy bajo de elaboración y sin actividad preconsciente, transformadora del tipo de la fantasía. Es por esto que el enfermo psicossomático al permanecer articulado con las formas iniciales de las pulsiones, confiere a sus sentimientos expresiones somáticas en las que predomina la tensión actividad/pasividad.

Es habitual la ausencia de actividad onírica o la incapacidad onírica para transmitirla. En el caso de que el paciente relate algún sueño, lo hará de acuerdo al siguiente esquema; relata detalles, hechos o actos con escaso nivel simbólico, ningún tipo de asociación concomitante o estrechamente ligado a los acontecimientos reales, externos y de actualidad cotidiana.

#### 3.1.8. Sobreadaptación.

Lieberman (1982) lo concibe como un acomodamiento exagerado a la realidad externa. Para adecuarse a esta realidad el paciente abusa de ella, en detrimento de su realidad psíquica, constantemente renegada. Esta adicción a la realidad logra modificaciones eficaces que resultan valoradas socialmente, aunque esto implique un alto costo tanto psíquico como corporal. Estas personas viven pendientes de la realidad externa; del afecto de los demás y del acuerdo o desacuerdo de los demás para con ellos, lo cual los lleva a nuevas sobreadaptaciones.

Este tipo de pacientes reniegan de las percepciones que puedan significar heridas narcisísticas y evitan anticipadamente todas las posibilidades de frustración que puedan ofrecer tanto la realidad externa como la interna.

También, se registra que los polos mente/cuerpo están disociados entre sí y que, por eso, evolucionan separadamente, sin integrarse. La vida del paciente sobreadaptado puede peligrar ya que recibe una inadecuada percepción del interior de su cuerpo.

Otra de las características de este sujeto, es la definición de la propia identidad a partir de sus actividades y el lugar donde las ejecuta. Su vida se convierte en una cuestión de principios formales y obligaciones por cumplir. La responsabilidad es un ideal exigente al que no se le puede fallar. El trabajo, las relaciones familiares, las vacaciones, la vida sexual e incluso extramarital, los fines de semana y hasta el mismo psicoanálisis; todo es concebido como una forma de trabajo a cumplir. El sobreadaptado tiene temor al ocio sin reglas.

El factor tiempo también le afecta; necesita llenarlo de inmediato, como si como si fuese un espacio vacío. Por eso el paciente no puede plantearse el análisis como un proceso a desarrollar, sino que acude al analista para que éste que le haga una suerte de *service* que lo readapte con rapidez.

La somatización adquiere por eso el carácter de una señal de alarma, una señal que denuncia necesidades renegadas. El cuerpo es sabio y da un aviso, es su modo de expresar emociones que aún no han encontrado una inscripción mental. En lugar de experimentar la emoción, el cuerpo sufre modificaciones. Somatizar es, por lo tanto, un intento de detener el desenfreno adaptativo (Lieberman, 1982).

Es por esto que McDougall (1990) denominó a estos pacientes con el término de normópatas y también, al estudiar la patología del afecto los llamó antianalizandos en análisis. Esta autora dice que aparentan no tener problemas psicológicos y que tampoco demuestran interés en caso de desarrollar algún síntoma, por el contrario, su énfasis está puesto en la adaptación mecánica – desarrollada desde la infancia – a las demandas de la realidad externa.

La adaptación social les resulta difícil a estos pacientes, debido a su incapacidad de identificarse con la realidad interna de las personas con las que se relacionan.

### **3.2. Transferencia.**

¿Qué es la transferencia? Se trata de un fenómeno que tiene que ver con el funcionamiento del aparato psíquico y que existe una disposición a realizar transferencias. Desde el punto de vista teórico y yendo al origen del concepto en psicoanálisis, Freud (1900) dice que se trata de un tipo particular de desplazamiento en el que el deseo inconsciente, incapaz de penetrar en el preconciente, se enlaza, se liga, entra en conexión con una representación anodina que ya pertenece al preconciente, transfiriéndole su intensidad y disfrazándose tras ella. El hablaba de las transferencias, en plural y las veía como un fenómeno localizado, que debía tratarse como cualquier otro síntoma para mantener o restablecer la relación terapéutica (Freud, 1895), y que sigue sin asimilarse por varios años, aún cuando afirma que el fracaso con Dora se debió a un error en la interpretación de la transferencia. Es precisamente en este historial clínico donde define a las transferencias como reimpresiones, reproducciones de las pulsiones y fantasías que deben ser develadas y hechos conscientes a medida que progresa el análisis y cuya característica es justamente la sustitución de una persona anteriormente conocida por la persona del analista. Esto no implica el por qué estas transferencias sean de naturaleza distinta si se dirigen al analista o a cualquier otra persona.

Algo más tarde, en “La dinámica de la transferencia”, (Freud, 1912) en lo que constituye su primera exposición de conjunto sobre el tema, especifica que lo que el paciente transfiere sobre la figura del analista son “prototipos”, imagos, principalmente las de sus figuras parentales y que revive en la transferencia, actualizando la relación que tuvo con ellas en el pasado. Esta ampliación del concepto lleva a Freud a establecer una nueva noción, la de *neurosis de transferencia*, neurosis artificial que tiene como eje la relación con el analista y que representa y sustituye la neurosis clínica; incluso llega a observar que durante su desarrollo dejan de producirse los síntomas que trajeron al paciente al tratamiento. Es a través de la elaboración de este nuevo síntoma, creado artificialmente, que se verifica la cura.

Los desarrollos teóricos de Lacan sobre el tema, comienzan en 1951 con su trabajo *Intervención sobre la transferencia*, continúan algunos años más tarde en “La dirección de la cura y los principios de su poder” y culminan en 1964 en “Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis”. Muy brevemente se podría decir, que en su primer teoría de la transferencia Lacan (1951) la conceptualiza como un fenómeno del orden de lo imaginario que no hace más que reproducir al fascinación especular, narcisista, de la diada madre-hijo, comportándose por lo tanto como un obstáculo, como una resistencia que el paciente va a usar para no tomar contacto con su historia y con la que el analista debe tratar de no identificarse contratransferencialmente para no reverberar, como Freud con Dora, indefinidamente en una relación especular de yo a yo.

Dentro de esta teoría, la interpretación, la palabra del analista, ofrecida al paciente como antítesis de la tesis por él presentada, tiene el efecto de corte o castración que quiebra el espejismo imaginario y que al establecer el orden simbólico - por eso

ubica la función del analista en un registro paterno - mueve el análisis, al que Lacan (op. cit) considera como un proceso dialéctico, que, siguiendo a Hegel es infinito.

Años más tarde, en su seminario “Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis”, Lacan (1964) redondea su segunda teoría, ahora la interpretación pasa a jugar un papel secundario como motor de la transferencia y es la regla fundamental, establecida por el analista, la que pasa a ocupar un primer plano, la responsable de poner en marcha el proceso.



### **3.3. Transferencia de pacientes psicossomáticos.**

Para pensar en la transferencia de pacientes psicossomáticos, Green (1983) propone ver al narcisismo desde otro punto de vista. En lugar de asociarlo a las pulsiones de autoconservación y sexuales, hacerlo con la pulsión de muerte. El propone llamar a esta vinculación, narcisismo negativo.

Vincula este tipo de narcisismo con la patología psicossomática. Apunta que en el autoerotismo el cuerpo ocupa el lugar del mundo exterior, es una especie de segundo mundo exterior. Este tipo de pacientes revelan lo que él llama la locura privada del analizando y que tiene que ver con el núcleo psicótico de las neurosis que aparece sólo en el vínculo transferencial. Fuera de este vínculo los pacientes son más o menos como tantos otros, capaces de realizar las tareas que les tocan, lejos de carecer de un sentido de responsabilidad, pero en la transferencia se revela un tipo de funcionamiento psíquico por entero diferente: hay otro mundo interior.

Considera a estos pacientes como casos fronterizos de analizabilidad y los compara con las neurosis actuales en Freud. Coincide con Mc Dougall (1972) en la descripción clínica de lo que ella considera el antianalizando. Se trata de casos en los cuales no se desencadena el proceso analítico a pesar de que la situación analítica ha sido aceptada. La transferencia nunca nace a pesar de los esfuerzos del analista por facilitar, y aun provocar, su manifestación. El analista se siente prisionero de los objetos momificados de su paciente, paralizado e incapaz de hacer nacer en su paciente la más mínima curiosidad. Esta en una situación de exclusión objetal.

Al mismo tiempo puede darse un relajamiento asociativo extremo, vaguedad del pensamiento, manifestaciones psicossomáticas intempestivas sobre el diván, como si el paciente quisiera comunicarse cuerpo a cuerpo. Sin embargo, no se logra entender nada,

se da una especie de exclusión somática, una especie de defensa contra la regresión en donde se disocia el conflicto de la esfera psíquica, el problema, nos dicen, está en el cuerpo.

Para Green (1990) el *acting-out* sería la contrapartida del *acting-in* psicossomático. En ambos se produce una especie de notable ceguera psíquica. El analista tiene la impresión de estar fuera de contacto con la realidad psíquica de su paciente y es necesario que la reconstruya por medio de la realidad.

Para McDougall (1991) es necesario tomar en cuenta que la vida psíquica comienza con una experiencia de fusión que lleva a la fantasía de que sólo existe un cuerpo y una psique para dos, como una unidad indivisible. Es sólo, a través de un largo camino que recorrerá el niño, que se posibilitará al sujeto la entrada a la individualidad. La prolongación imaginaria de la fantasía del cuerpo único desempeñará un papel fundamental en la vida psíquica del bebé y en su funcionamiento somato-psíquico.

Coincide con Winnicott (1971) en el sentido en que una relación madre-hijo lo suficientemente buena permite desarrollar, a partir de la matriz somatopsíquica original, una diferenciación progresiva en la estructuración psíquica del bebé, una diferenciación entre su propio cuerpo y la primera representación del mundo exterior; el cuerpo materno y el pecho universo. Un fracaso en este proceso fundamental de constitución del sujeto como individuo, comprometerá la capacidad del niño para integrarse y reconocer como propios su cuerpo, sus afectos y sus pensamientos.

Se podría pensar, como señala McDougall (1991), que las creaciones psicossomáticas son los productos psíquicos más misteriosos, dado que son las menos apropiadas para la vida. Serían la antítesis de las manifestaciones neuróticas o psicóticas, ella plantea que aparecen cuando estos mecanismos ya no funcionan. Si no hay posibilidad de un manejo mental para el dolor psíquico, lo más probable es que éste

se encarne y, en esa medida, instaure procesos psicósomáticos. Estos serían la antítesis de lo que se podría considerar los procesos psicoanalíticos, por ello requieren de atención particular en el curso de un análisis, no se trata de un problema de técnica sino de escucha. Esta autora apunta que hasta la fecha la comprensión de estos fenómenos se da de manera intuitiva. Se trabaja más desde la intuición sobre el silencio que sobre una teoría explicativa.

La diferencia entre los síntomas somáticos de la histeria y los síntomas psicósomáticos sería la siguiente: los síntomas histéricos son simbólicos en cuanto se refieren a un cuerpo fantaseado, podría decirse que el cuerpo y sus funciones se entregan a la mente para que los use a su antojo. Cuando se ven síntomas psicósomáticos el cuerpo piensa por su cuenta. El drama expresado por el psicósomático es mucho más arcaico, sus elementos tienen otro tipo de almacenaje: los síntomas son signos, no símbolos, y se comportan bajo leyes somáticas, no físicas. Los signos pueden representar el cuerpo o portar mensajes de él, pero no lo simbolizan. Según McDougall (1991) dado su nivel presimbólico, no alcanzan ni siquiera representación en los sueños. En la experiencia de esta autora casi todos sus pacientes de este tipo han enfermado en momentos ligados a la separación.

Ella plantea la idea de que el cuerpo sería un escenario, al igual que la mente, se pregunta qué se representará en este teatro del cuerpo (1989): Si en la psicosis se representa lo imposible, distante de lo prohibido que se representa en la neurosis (que por definición es probable) y en los fenómenos fronterizos o transicionales, el yo hace de manera que los demás representen los roles que él le prescribe, en el teatro psicósomático el yo se desvincula para representar, como si a los actores les faltara el texto y estuvieran reducidos a comunicarse por gestos y acciones.

Por ello es necesario hacer algunas consideraciones, que como señalaba McDougall (op. cit), no se trata de cambios en la técnica, sino en el tipo de escucha en el tratamiento con este tipo de pacientes.

Basándonos principalmente en lo que señalan Green (1990) y Mc Dougall (1990) se podría apuntar que:

- Es necesario tomar en cuenta el modo particular de simbolización en los pacientes con trastornos psicossomáticos, que se encuentra prisionero de la organización dual.

- Habría que enfrentarse a un funcionamiento psíquico particular, caracterizado por una inestable representación de sí mismos y una economía narcisista frágil que sólo puede ser observada en el interior de la situación analítica.

- Son pacientes con una cierta incapacidad de tornar *significativa*, incluso de representación psíquica, una situación de ausencia o carencia. Cuando se enfrentan a este tipo de situaciones o es la imagen del sí mismo lo que se esfuma o es la imagen del otro.

- Esta carencia de representación de la ausencia puede pasar inadvertida durante un tiempo considerable en la situación analítica.

- Carencia en la constitución de objetos transicionales (Winnicott, 1971) capaces de permitir la internalización gradual del objeto. Este tipo de pacientes no pueden tolerar la ausencia sin un sentimiento de pérdida catastrófica.

- Pareciera que en lugar de un esbozo de objeto, sólo se encuentra un *blanco*, un vacío.

- Para algunos pacientes el hecho de tener que hablar para comunicar su malestar como una afrenta narcisista es sentido como una obligación.

- Frente a estas situaciones y por un tiempo el analista es llamado a cumplir la función de *holding* - sostén de la situación en tiempo y espacio - . En la situación analítica esto significa sostener y contener los elementos psíquicos que el paciente despliega hasta que es capaz de vivenciarlos en la transferencia.

- Las manifestaciones psicósomáticas serían la antítesis de las manifestaciones neuróticas o psicóticas. Suele ocurrir que la enfermedad psicósomática se declara cuando éstas ya no funcionan.

- Habría que enfrentarse a una falta de lo imaginario que hace un cortocircuito de todo el entre-dos de la elaboración en la situación analítica. El analista tiene la impresión de estar fuera de contacto con la realidad psíquica del paciente y es preciso que la reconstruya por medio de la imaginación.

- Las interpretaciones pueden ser consideradas como locura del analista y ser tratadas como tales, eso puede provocar que el analista desinvista al paciente y provoque, con ello, una situación de inercia y respuesta de eco.

- La manera como el analista puede entender este tipo de comunicaciones del paciente es a través de detectar su contratransferencia.

Lo psicósomático, es un concepto fronterizo, ámbito que no es cuerpo ni psique, no es pulsión ni representación. Aparentemente es algo que ni es ni no es. Esta es la vivencia del paciente también, para quien además: es un dolor que tampoco es.

### **3.4. Casos clínicos.**

A modo de ejemplificar la relación transferencial de pacientes psicósomáticos, se tomarán diferentes viñetas clínicas escuchadas en diferentes supervisiones del servicio de psicodermatología de un Hospital .

Teniendo en cuenta que sólo se pudieron presenciar espacios discontinuos; se relatará, a continuación, un intento de escenificar lo que ocurre en una supervisión grupal. Esto permitirá demostrar tanto la transferencia en este tipo de pacientes, como así también, las observaciones y sensaciones personales de los analistas.

A continuación se presentará un caso clínico, que fue presentado en un espacio de supervisión, y que se pudo reconstruir a partir de las anotaciones que tenía su analista desde que comenzó su tratamiento.

Si bien se escucharon varios casos clínicos, se eligió el caso Renata, porque se consideró más apropiado para ejemplificar lo visto anteriormente.

Se intentará demostrar cómo se vincula su historia y su forma de relatarla, en las diferentes sesiones, con lo demostrado teóricamente.

### 3.4.1. Viñetas clínicas.

*Esteban, paciente de 24 años que se encuentra en tratamiento en el Hospital hace 5 meses con una frecuencia de 3 veces por semana. El paciente presenta una gran vulnerabilidad yoica. En el transcurso del tratamiento el paciente dice: - mi madre siempre me dijo que yo soy el frágil, el débil, y que siempre todo me iba a costar mucho -. Esteban se identifica fuertemente con este significante, moviéndose en la vida bajo esta nominación. Se angustia mucho en las sesiones.*

*En una de las supervisiones la analista relata: “quería comentar que me dejó un mensaje la mamá de Esteban. Cuando me comunico con ella, me dice que quiere saber el diagnostico de su hijo. Estaba preocupada por si era border”.*

*Esto en el grupo genera un gran asombro.*

*Supervisora pregunta: -¿Cómo? ¿La llamaste?-.*

*Analista: - Y sí, si dijo que era urgente -.*

A partir de la mirada de la supervisora se puede dilucidar cómo la analista en transferencia, jugo la repetición del vínculo simbiótico madre – hijo, descrito por Mc Dougall (1990) respondiendo con urgencia, a la urgencia del llamado.

*Otra analista dice: - Yo quiero supervisar a la hermana Rosa. Lo que pasa es que siempre habla de lo mismo, es monótona y me aburre - . Su discurso se limita a los conflictos con sus pares y a sus problemas físicos. La hermana tiene 83 años, vive en una casa brindada por la Congregación que comparte junto a otras religiosas.*

*La analista dice: - Me preocupa que Rosa se cayó varias veces en la casa y cuando intento intervenir en relación a sus descuidos ella lo rechaza. Esto mismo le sucede con la persona que la cuida -.*

*La paciente en relación a esto se angustia y dice: - No sé por qué me dicen que soy caprichosa, no sabés cómo me dolió. Justo a mí que siempre obedecí todo -.*

En transferencia, la paciente repite una modalidad vincular en donde la analista se ve coartada en sus intervenciones dado que esta aparente obediencia impide abrir su discurso. Su hablar monótono, aburrido y carente de emociones, es decir, alexitímico, es característico de la personalidad del paciente psicossomático (Maldevsky, 1993).

*Betiana: 26 años, vive con el novio, pide tratamiento por no poder manejar los celos.*

*Mientras que ella vive en Buenos Aires, su familia vive en una provincia.*

*Es importante resaltar la relación con su padre, ya que él era muy violento y mujeriego. La paciente relata escenas, en la que frente a una pelea con las hermanas, el padre las hacía olerse las colas entre ellas.*

*En supervisión, la terapeuta dice querer comentar algo. Cuenta que Betiana relata en sesión que llega a su casa donde estaba su novio, quien no había ido a trabajar por estar resfriado, y que se dio cuenta que el novio - se había estado tocando-. La analista pregunta cómo es que se dio cuenta. Betiana contesta: - Me di cuenta por el olor-. Al terminar de relatar esto se produce en el grupo un gran impacto que no fue*



*percibido por la analista A partir de esto, podría preguntarse: ¿ Por qué la analista no pudo registrar lo primario que estaba actuando la paciente en la escena que relata?.*

*Julia tiene 61 años e ingresa al hospital a causa de psoriasis , la cual comienza a manifestarse a partir de la muerte de su padre. Ella describe el vínculo con su padre diciendo que era aquel quien calmaba, sostenía , suavizaba y daba apoyo. En una de las sesiones entre llantos y palabras dice: - la muerte de mi papá fue un golpe y a mi mamá no me la puedo despegar - . A partir de aquí Julia comienza a describir a su madre como una persona controladora de carácter muy fuerte, denotando de esta manera que su padre tapaba el carácter de la misma.*

*Desde el primer momento del tratamiento transferencialmente Julia encuentra un lugar en el que se siente calmada, cuidada y contenida. Probablemente, Julia esta buscando en su analista, esa madre que no pudo responder a las necesidades de su hija.*

Nasio (1987) dice que la concepción de lo inconsciente estructurado como un lenguaje permite concebir dos tipos de lazos transferenciales: uno cuya trama son el amor y el odio, el otro; elaborado por la emergencia puntual e imprevista de formaciones inconscientes en cualquiera de los interlocutores del análisis; la aparición de un sueño , de un lapsus o incluso de un nuevo síntoma , tanto en el analista como en el paciente; o también el surgimiento de la interpretación. El primer tipo pertenece a la dimensión imaginaria. El segundo pertenece a la dimensión simbólica. Uno es la condición solidaria del otro: sin el amor o el odio de transferencia no podría existir

aquella realización simbólica inconsciente que en un breve instante sella, en el interior o en el exterior del consultorio analítico, la relación del análisis.

La transferencia está más presente en un lapsus cometido por el psicoanalista al hablar de su paciente durante una supervisión, que en una manifestación, explícita o no, de amor transferencial por parte del paciente mismo. En el nivel de este registro simbólico de la transferencia – y solo ahí-, el psicoanalista es el igual de su paciente.

*Carlos tiene 52 años. Comenzó el tratamiento en el hospital, porque tiene psoriasis hace aproximadamente 10 años, tiempo que coincide con la muerte de su padre y su viaje al exterior debido a problemas económicos. Carlos es de la colectividad judía y esta en pareja hace 25 años con una mujer católica, estas diferencias, según él, son las que no les han permitido unirse en matrimonio y le ha traído serias discusiones con su madre.*

*Al comienzo del tratamiento la actitud del paciente era de franca hostilidad y desvalorización. Cuando no podía concurrir a la sesión, avisaba personalmente y decía: - Venía a avisarte que no puedo quedarme, hoy, gracias a mí, te vas a ir antes -.*

*Con el transcurso del tratamiento el paciente comienza a jugar en transferencia sentimientos amorosos con la analista. Va desplegando frases como: - Hoy te veo como mi analista ...mañana no sé - .*

*El paciente dice, en una ocasión: - Hoy tuve una discusión con mi madre... ella no me perdona que haya elegido a ... -, produciéndose un fallido en el cual en vez de decir el nombre de su pareja dice el nombre de la analista .*

*Norberto tiene 50 años. Al comienzo del tratamiento, explica el dolor que le causó la separación con su esposa, quien le pide que abandone su casa.*

*Se pudo observar, durante la supervisión, como Norberto en su vida juega actitudes que lo dejan por fuera, provocando el rechazo del otro conjuntamente con la expulsión. Esto se repite en todos los ámbitos de su vida.*

*En el tratamiento comienza a trabajarse todo lo concerniente a su soledad, a la posibilidad de acercamiento tanto al sexo opuesto, como también la posibilidad de establecer nuevos lazos sociales.*

*Al finalizar una de las sesiones bajando en el ascensor con su terapeuta, Norberto la rocía con su perfume, diciendo:- Para que te lleves mi perfume -. Nuevamente el paciente repite esta modalidad vincular rechazante, provocando bronca y rechazo en el terapeuta.*

*Melanie tiene 17 años, vive con su mamá y su hermana de 19 años. Al comienzo del tratamiento, comenta las dificultades que tiene, por estar relacionada amorosamente, con una compañera del colegio. Durante el tratamiento se trabajó tanto la separación de sus padres y sus nuevas parejas, como la de ella con esta adolescente, y su nuevo noviazgo con un chico.*

*Con 41 años la madre queda embarazada coincidiendo este embarazo con el de la analista.*

*Melanie, sin saberlo juega en la figura del terapeuta la hostilidad que no ha podido ser puesta en palabras en relación a su madre.*

*La terapeuta llegó a la supervisión y le dijo a la supervisora: - Melanie me defenestró -.*

*Y comentó algunos fragmentos del llamado telefónico:*

*Analista: - Melanie, tu mamá me dijo que no querés venir más, qué pasa? -.*

*Paciente: -Nada, no estoy de acuerdo con algunas cosas que vos me decís -.*

En 1912, Freud habló de las transferencias positivas por oposición a las negativas y dividió a las primeras, en las que colaboraban con la labor terapéutica y las que estorbaban. Se consideraba que las transferencias negativas eran el traslado al terapeuta de sentimientos hostiles y que su forma extrema se manifestaba en la paranoia..

Sentimientos negativos más moderados podían coexistir con la transferencia positiva en todos los pacientes. Esta coexistencia permitía al paciente recurrir a un aspecto de su transferencia a fin de protegerse contra el surgimiento perturbador de otro.

Por otra parte el aspecto de la transferencia positiva presente desde el comienzo del tratamiento difiere en su naturaleza de las transferencias eróticas que emergen durante el tratamiento.

Freud señaló que las características de la transferencia de un paciente son el producto de los rasgos específicos de su neurosis, y no el mero resultado del proceso analítico. Este fenómeno es común a todos los pacientes. Los atributos propios de la transferencia de cada paciente cobraron nuevo significado cuando se introdujo el

concepto de neurosis de transferencia con el cual se subrayó que las relaciones tempranas, componentes primordiales de las neurosis, moldean a sí mismo los sentimientos que predominan en el paciente respecto del analista.

### 3.4.2. Caso Renata.

*Nombre: Renata.*

*Edad: 49 años.*

*Lugar de nacimiento: Polonia.*

*Nivel de instrucción: Secundario completo.*

*Ocupación: Ama de casa, tareas ocasionales en estudio de mercado (encuestas).*

*Estructura familiar: Hija única. Padres vivos. Casada. Dos hijos varones (17 y 14 años).*

*Patología – Motivo de consulta: Alopecia (caída del cabello). Comenzó esta afección junto con los síntomas de una úlcera de duodeno a partir de la primera internación de su madre por problemas cardíacos. No conoce antecedentes de alopecia.*

*Renata es una paciente comunicativa, se presentó con gracia y energía y se manifestó muy preocupada por su caída de cabello. Contaba que se despertaba en la noche con gran angustia al sentir con sus dedos las zonas espaciadas de su cabeza.*

*En la entrevista de admisión dijo: - Quiero una terapeuta que sea dulce -.*

*Renata nació en Polonia, sus padres son sobrevivientes de la segunda guerra mundial. Siendo adolescente, la madre fue escondida junto con su padre y un hermano, así fueron los únicos de la familia que salvaron sus vidas. El padre estuvo en campos de concentración y pudo huir cortando los cables electrificados de las cercas. Contaba la paciente: - Cuando nací, mi madre me puso Elizabeth, que era el nombre de su hermana muerta, pero esa noche sueña que seguía viva y entonces decide llamarme Renata -.*

*Dejaron Polonia cuando la paciente tenía un año, creyendo que podía sobrevenir otra guerra. Contó: - Veníamos para Sudamérica porque mi tío, el hermano de mi mamá, estaba en un país limítrofe, pero no pudimos entrar en ese país y desembarcamos en Argentina -. Es así que se establecieron en este país.*

*Su abuela materna vivió con ellos hasta que fallece. Era, según relata, una figura cariñosa.*

*Sus padres estaban muy enfermos, cuando comenzó el tratamiento. Su madre debía ser internada recurrentemente por sus problemas cardíacos. El padre tuvo cuatro infartos. Renata vivía preocupada por la salud de éstos, y estaba dedicada incondicionalmente a ellos. Decía: - Sé que si hasta ahora siguen vivos, es por cómo me ocupé de ellos, yo tengo que vivir tres vidas -. A su vez describía a una figura materna agresiva y tiránica a la cual ella queda sometida. Manifestaba que nada de lo que hacía dejaba conformes a sus padres.*

*A mediados del tratamiento, tras un enojo con su madre, logra poner una distancia con ella, pero ésta volvió a estar internada por sus problemas cardíacos.*

*Renata dijo, entonces: - No tengo otra salida que volver a ocuparme de ella -. Así, volvió a relacionarse con su madre, tal vez a causa de su sentimiento de culpa.*

*También manifestó problemas en la relación con su marido, quien además había sufrido un infarto dos años atrás. A su vez decía, no querer separarse, por temor a estar sola.*

*Comentó que a los 25 años tuvo un intento de un suicidio, porque: -No aguantaba más a mi vieja –*

Liberman (1982) dice que el paciente psicossomático tiene que sobrevivir en esta sociedad y de alguna manera para hacerlo debe silenciar determinadas necesidades emocionales. Esta forma de sobrevivir aunque sólo sea hasta los cuarenta años, cargándose de responsabilidades, sin registro del deseo y la necesidad, sin memoria del sufrimiento, es la única manera que encontró para autopreservarse de la pérdida temprana, cuando debió renunciar a la unión simbiótica en el primer trimestre de su vida.

Martie (1995) ha llegado a la conclusión de que son pacientes que no pueden acceder al nivel metafórico del análisis. Parten de datos observacionales ciertos, estos pacientes han padecido una descalificación seria de su sentir emocional y corporal y de la importancia del ser. En su lugar se los estimuló a la adaptación al mundo externo y al hacer. Por este motivo son pacientes que hablan de lo que hacen, evitan hablar de emociones, son *duros, secos* y ofrecen el riesgo de ser tomados como personas arrogantes y omnipotentes, que rechazan toda dependencia afectiva.

En cuanto al vínculo primario, (Lieberman , 1982) se ve que desde el nacimiento subyace al desarrollo fallido de la simbolización un fracaso de la narcisización materna del bebé.

En lugar de una mamá preparada para desarrollar funciones intuitivas y empáticas, dirigidas receptivamente al bebé, para explorarlo en lo emocional y representarlo internamente como un individuo particular, se ven madres que tienen una relación previa, con un objeto interno idealizado, rígidamente instalada. Este objeto interno es un hijo ideal sin necesidades ni emociones, equivalente al propio Ideal del yo materno. El modelo interno narcisista entró precozmente en contradicción con el bebé real.

*En otra sesión contó que en una oportunidad, estuvo un día detenida por haber ido a buscar a una empleada doméstica suya al consultorio de un médico del que ella le había dado el nombre para que se haga un aborto. En ese momento llegó la policía, y se los llevó a todos. Estuvo un día presa e incomunicada, lo cual pareció quedar constituido como un hecho traumático. Lo sintió como un momento de terror. Esto lo asoció a otros momentos en donde sintió terror; cuando el padre se enojaba y se ponía agresivo. Dijo: - Se transforma, se obnubila y grita, quiere matar gente -. También sentía terror cuando el marido se enojaba.*

La paciente se mostraba, en el vínculo analítico, en queja y padecimientos permanentes. Jugaba en transferencia los maltratos y agresiones. En el vínculo con su madre, se repetían situaciones de violencia, reiteradamente. Cuando Renata pidió una terapeuta que sea *dulce*, seguramente estaba pidiendo una figura pacificadora; tal vez



alguien tranquilizadora como la abuela. En el juego transferencial invitó a la analista a ser colocada desde un lugar *dulce*.

Winnicott (1986) señala que el primer espejo humano es el rostro de la madre. El rostro como lugar privilegiado, pero a la vez metonimia de todos los modos corporales por los que la madre transmite su amor, su orgullo, su placer, su completud, por la presencia del hijo. Una vivencia de mutualidad (Bethelheim, 1997) que está en la base del sentimiento de ser valioso ypreciado, beneficioso para la madre en el acto mismo de ser cuidado por ese otro, que es uno mismo en la fusión primaria. Momento inicial en que dos son uno, y el otro, aún no reconocido como diferente, permite la ilusión de fusión. La unidad inicial del ser humano es la díada, si la función falla, algo en el sujeto muere, muerte psíquica del objeto-muerte del yo. El vínculo es la unidad.

*Renata escuchaba desde sus padres los dolorosos relatos de la guerra, cuando era niña. Contaba: - Solamente mi abuela me contaba cuentos normales o cosas de mi familia de antes de la guerra -.*

Podría pensarse que estos padres estaban muy inmersos en su propio narcisismo, como describe Freud (1914); sometiendo a su hija a ser la que sostiene a sus padres. A su vez, esta característica narcisista en el modo del vínculo también se ve en la paciente, no permitiendo la plasticidad necesaria para modificar situaciones y encontrar alternativas. Se puede inferir que estos padres, sumidos en su propia problemática, no lograron responder adecuadamente a ciertas demandas de Renata en su infancia más temprana.

*En una de las últimas sesiones reaparecieron preguntas de las primeras entrevistas:*

*R: - ¿Cómo voy a poder tolerar la muerte de alguno de mis padres?*

*T: - ¿Cómo se imagina usted eso?*

*R: - En la guerra se pierden muchos seres queridos, todos juntos...*

*T: - ¿Pudieron soportar sus padres durante la guerra, la muerte de tantos seres queridos?*

*R: - Sí, porque esto lo pueden recuperar.*

*T: - ¿Cómo se puede recuperar la vida de los muertos?*

*R: - Y...no se puede recuperar, no?*

Podría pensarse que esto de recuperar a los muertos, como el intento de su madre de revivir a su hermana muerta llamándola Renata. ¿Será el pelo, para la paciente un objeto para ser perdido y recuperado? ¿Necesitó Renata perder una parte de sí, para comenzar a preguntar la posibilidad de recuperarse, para darle un sentido diferente a su vivir, que darle vida a sus padres?

Los pacientes psicossomáticos, son personas que han sufrido en el inicio de sus vidas una carencia de la necesaria narcisización materna, una desilusión precoz en términos de Winnicott (1986) respecto de la disposición maternal para fusionarse con ellos con devoción y aceptarlos desorganizados emocionalmente. Esta desilusión tendrá vigencia en el análisis, muchas de las actitudes duras y distantes en la relación con el analista, asientan en este terror de ilusionarse unidos con el otro y

sufrir luego la reedición del catastrófico rechazo (Grassano 1984). Tendrán que mediar muchas puestas a prueba de la disposición del analista para sostenerlos en emergencias emocionales, para que ellos puedan entregarse y pedir, porque el pedir sólo adquiere sentido, si se concibe la existencia de un otro capaz de responder. Responder, no como un automático “eco”, sino con la intención activa de la búsqueda de nuevos sentidos, creativos y transformadores, y desde una posición interna del analista que confía en que el vínculo analítico es una posibilidad de crear nuevos modelos vinculares, inéditos en la vida del paciente.

## 4. CONCLUSIÓN.

Finalizar esta tesina, implica resaltar dos aspectos fundamentales de esta experiencia práctica llevada a cabo en el servicio de psicodermatología de un Hospital . Por un lado lo referente a lo profesional, y por otro lo personal.

En cuanto a lo estrictamente profesional, ya sea por la experiencia basada en las trescientas veinte horas de práctica llevadas a cabo en el Hospital y también por el relevamiento bibliográfico, se destaca la importancia de comprender cómo es la personalidad del paciente psicosomático, y cómo es la transferencia.

Teniendo en cuenta las características fundamentales de la problemática psicosomática, siendo éstas la alexitimia, el pensamiento operatorio y la conducta sobreadaptativa (Maldevsky, 1993); va a ser difícil discernir la particularidad de la transferencia. El paciente intenta comunicarse de cuerpo a cuerpo (Mc Dougall, 1972), exigiendo al analista que le preste palabras.

Winnicott (1964) dice que en la práctica profesional de los psicosomatistas lo que necesita el psicoterapeuta es la cooperación de un médico no demasiado científico. Lo que necesita es tener del otro lado a un científico que se haya tomado vacaciones de la ciencia, porque si se asciende hacia la esfera de la

intelectualización y pierde contacto con el paciente real, pronto descubre que el término psicossomático deja de cumplir su función integradora. Es menester tomar en cuenta, junto con las disociaciones en la personalidad de los pacientes, las disociaciones del propio médico.

El paciente intenta que alguien se haga cargo de las funciones de sostén y manipulación que fueron inadecuadas en la relación con su madre.

Si bien, a lo largo del trabajo, se ha descripto cómo es la relación transferencial de pacientes psicossomáticos, se indica a partir de la teoría y de algunas reuniones de supervisión, sin poder hacer un seguimiento en particular.

Cabe destacar que para el presente trabajo se ha utilizado bibliografía estrictamente psicoanalítica, y mayormente freudiana; porque se tuvo en cuenta la inclinación del equipo de supervisión del que se pudo participar.

También es importante tener en cuenta, que los pacientes que fueron utilizados a modo de ejemplo, son de muy bajos recursos económicos – algunos de ellos no podían hacer el tratamiento por no tener dinero para los viáticos – y derivados por dermatólogos del Hospital.

Quedó demostrado empíricamente que los pacientes mejoraban con la medicación pero aún más aquellos que iban a tratamiento psicológico.

Algunos de los interrogantes que quedan planteados son: si realmente estos pacientes pueden lograr mejoría duradera después del tratamiento, y cómo sería la transferencia en aquellos que pueden mantener el costo económico de un análisis – ya que desde el Hospital sólo era de seis meses -.

Con lo referido al terreno personal, sucede que una vez en la práctica, se encuentran cantidad de variables que no se presentan en la teoría universitaria.

Al traspasar las puertas del Hospital, las enseñanzas bibliográficas y teóricas se complementan con la observación de la realidad.

Es gratificante ver cómo los pacientes logran una mejor calidad de vida, a partir de esta enfermedad que los *obliga* al tratamiento analítico.

## **5. BIBLIOGRAFÍA.**

Bettelheim, B. (1977). *La Fortaleza Vacía*. Barcelona: Laia.

Bion, W. (1962). *Una teoría del pensamiento*. Buenos Aires: Hormé.

Freud S. (1893). *Obras completas. Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos (nota introductoria)*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud S. (1895). *Obras completas. Estudios sobre la histeria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1900). *Obras completas. La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1905). *Obras completas. Análisis fragmentario de una histeria*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Obras completas. La dinámica de la transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1912). *Obras completas. Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1913). *Obras completas. La iniciación del tratamiento*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). *Obras completas. Recuerdo, repetición y elaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1914). *Obras completas. Introducción al Narcisismo*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1915). *Obras completas. Observaciones sobre el amor de transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1925). *Obras completas. Inhibición Síntoma y Angustia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Grassano, E. (1985). *El Niño Psicossomático*. Buenos Aires: Apertura Congreso Sudamericano de Psicología.

Green, A. (1983). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (1951). *Intervención sobre la transferencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Lacan, J. (1958). *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Buenos Aires: Siglo XXI

Lacan, J. (1964). *Los cuatro conceptos fundamentales en psicoanálisis*. El Seminario. Buenos Aires: Barral Editores.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1999). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Liberman, D, Aisenberg, E., Dalivia R. (1982). Sobreadaptación, trastornos psicossomáticos y estadios tempranos del desarrollo. *Revista del Psicoanálisis*. T. 39, N° 5.

Liberman, D; Grassano, E; Dimant, S; Pistiner, L. (1982) *Del Cuerpo al Símbolo, Sobreadaptación y Enfermedad Psicossomática*. Buenos Aires: Kargieman.

Mc. Dougall, J. (1978) *Alegato para una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Piados Psicología Profunda.

McDougall J. (1991). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julián Yébenes.

Maladevsky, A.(1993). La psicoanalítica y la enfermedad corporal. *Revista Psicoanálisis AP de BA*. Vol XV.

Marty, P; M'Uzan, M; David, C (1967). *La investigación psicossomática*. Barcelona: Luis Miracle.

Marty, P (1990) *La Psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu

Marty P. (1995). *El orden psicossomático: los movimientos individuales de vida y de muerte. Desorganizaciones y regresiones*. Valencia: Promolibro.

Nasio, J. (1987) *Los límites de la transferencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Winnicott, D. (1986) *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa.

Winnicott, D. (1964). *Elementos positivos y negativos en la Enfermedad Psicossomática, en Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.



