

Transferencia y Psicósomática

Transfer and Psychosomatics

Llanes, Carlos*

Resumen. El presente trabajo busca analizar lo acontecido durante un trabajo psicoanalítico con una paciente en la cual su motivo de consulta fue el que se le quitaran unas erupciones que tenía en la piel y garganta ya que su médico no lograba retirarles ese malestar con su tratamiento. El movimiento interesante que se llevó a cabo fue que al paso de las sesiones con las constantes regresiones muy potentes que vivió la paciente durante su proceso, el síntoma, al parecer del orden de lo psicósomático, fue desaparecido, sin embargo pareciera que dicha desaparición provocó el surgimiento de nuevos síntomas (no psicósomáticos) y de toda una serie de actos por parte de la paciente tanto dentro como fuera del *setting*. Esto nos da la posibilidad de teorizar clínicamente sobre el efecto que puede tener la instauración del dispositivo analítico, del mantenimiento del encuadre y por supuesto del trabajo de la transferencia y la contratransferencia para con un paciente con un motivo de consulta de orden psicósomático.

Palabras claves. Abstinencia/Método/Neutralidad/Psicósomática/Síntoma/Sostén/Transferencia.

Abstract. This paper seeks to analyze what happened during psychoanalytic work with a patient in which your reason for consultation was that he had removed a rash on the skin, and throat doctor because I could not withdraw that discomfort with treatment. The interesting move that took place was that the passage of the sessions with powerful regression constants patient who lived during the process, the symptom, apparently the order of the psychosomatic, disappeared, however it seems that this disappearance caused the emergence of new symptoms (not psychosomatic) and a whole series of acts by the patient both inside and outside the setting. This gives us the possibility of clinically theorize about the possible effect of the introduction of the analytical device, the maintenance of the frame and of course the work of transference and countertransference for a patient with a complaint of psychosomatic order.

Keywords. Abstinence / Method / Neutrality / Psychosomatics / Symptom / Holding / Transfer.

Introducción

El método psicoanalítico desde su creación ha mostrado su eficacia en el tratamiento de afecciones anímicas incapaces de estar al alcance de los tratamientos de orden médico fisiológico; sin embargo en las últimas décadas la aparición y el estudio por parte del psicoanálisis de las llamadas enfermedades psicósomáticas a cobrado mayor auge, precisamente por el valor psíquico que se le otorga al daño corporal.

El presente reporte intentará plasmar el trabajo realizado con una paciente que llega a consulta psicoanalítica por un motivo de orden somático y los movimientos que vinieron a desencadenarse desde la transferencia analítica.

Metodología

La metodología llevada a cabo para la realización de este estudio de caso clínico se encuentra dividida en dos formas:

1) La investigación clínica se llevó a cabo a la par del tratamiento como lo marca el método psicoanalítico; es decir, la instauración del dispositivo analítico con sus pilares: Neutralidad, Abstinencia, Atención parejamente flotante y la regla fundamental de la Asociación libre; aunado al mantenimiento de un encuadre que proteja dicho dispositivo y sostenga el trabajo clínico, posibilitaron el relato de la historia subjetiva del sujeto y con ello la posibilidad de intervenir clínicamente por parte del analista desde la relación transferencial revelada durante el trabajo analítico.

2) Para la plasmación de dicho trabajo realizado me baso en la modalidad de estudio de caso del orden de la investigación cualitativa, ya que este modelo de investigación permite exponer el trabajo realizado durante el proceso analítico.

Por supuesto sería imposible tratar de plasmar todo lo llevado a cabo durante lo que duró el tratamiento, sin embargo me enfocaré a trabajar ciertos aspectos de la historia subjetiva del sujeto en estudio a quien nombraremos como “S”, en este caso serían la desaparición del síntoma somático y su posible relación con la transferencia analítica.

Resultados

Después de casi un año de tratamiento y de haber pasado por varias etapas, desde la desaparición de sus síntomas somáticos pero apareciendo sus actos, sus momentos regresivos tan densos dentro y fuera de la sesión, sus idas y vueltas en la forma de vincularse con los otros, sus reclamos y expresiones de odio hacia el analista, poco a poco “S” fue logrando simbolizar, es decir, poner en palabras lo irrepresentable en esos momentos donde su cuerpo y sus actos hablaban por ella.

A parte de la cuestión clínica donde dejo de lado los vómitos, los cortes, el tabaco, el consumo de drogas y alcohol, pudo dar ese corte tan difícil para ella con “O”. Se empezó a vincular con una nueva pareja con la cual en poco tiempo contrajo matrimonio.

Actualmente el tratamiento se ha visto interrumpido por los constantes viajes de “S” fuera del país, ya que su esposo es de nacionalidad extranjera y cuenta con una posición socioeconómica alta. Aunque las últimas sesiones en que se ha escuchado

a “S” ella ha relatado conflictos con su actual pareja se percibe con muchos más recursos para afrontar sus adversidades.

Discusión

El Relato de “S”

La paciente refiere que su motivo de consulta es que ya no le salgan erupciones en la piel o en la garganta, argumenta que ya ha ido a consultar con médicos sobre esas erupciones, le recetan cremas y demás medicamentos pero en realidad no se explican la causa de las erupciones, las cuales van desapareciendo gradualmente pero vuelven surgir con el tiempo.

Durante las primeras sesiones “S” habló aspectos de su dinámica familiar y de sus relaciones de pareja; habló de haber pasado por un momento muy difícil en su vida familiar cuando el huracán “Alex” llegó a Monterrey provocó que su casa se inundara y quedara llena de lodo, lo cual también empezó a coincidir con problemas económicos después que estuviera en un nivel socioeconómico medio alto según le he entendido a la paciente. Según la “S” estas fueron las causas para que se retrasara un semestre en la facultad, ahora cursa sexto semestre cuando debería ir en séptimo. Argumenta haber sostenido una relación amorosa aproximadamente hace 2 años con un joven mayor que ella 8 años más o menos llamado “J”, éste para ella significó un gran apoyo durante ese tiempo difícil ya que le pagaba todo y le daba dinero; refiere que “J” le tomaba fotos desnuda cuando tenían relaciones sexuales o en ocasiones la amarraba a la cama y ahí le tomaba fotos. Argumenta también maltrato por parte de “J” e incluso la sometía de cierta manera para tener relaciones o que le realizara sexo oral. “S” dice que de repente “J” la cortó y se fue con una la supuesta mejor amiga de “S”, aparte que subió al internet las fotos que le tomaba y se las enseñó.

“S” refiere llevar una relación amorosa desde hace casi un años con un joven llamado “O” 10 años mayor que ella, casado y con 2 hijas. Argumenta durante el transcurso de las sesiones no soportar ver o escuchar niños ya que le recuerdan que una vez Orlando dijo que no dejaría a su esposa “por sus niñas”; a la Px le llama mucho la atención que ya teniendo una relación con “O” su esposa se embarazara de su segunda hija, incluso que el día que nació dicha hija “O” después de estar en el parto se fue a ver a “S” para sostener relaciones sexuales.

Durante las sesiones empezó a cuestionarse dejar a “O” pero dice no lo hará hasta ver que a él le afecte la separación. Dice que en ocasiones que pelean y hay rompimientos ella le termina hablando para volver. Ahora no se separa de él hasta que vea que puede sufrir por el rompimiento.

Durante el tratamiento la paciente argumenta que se ha sentido peor que a cómo llegó, no le han salido erupciones pero dice sentirse perdida, empezó a faltar mucho a la escuela, solo quiere estar dormida, cada vez que se pelea con “O” o con sus padres se va con sus amigos a consumir alcohol y drogas (desde marihuana hasta clonazepam) incluso a tener relaciones sexuales en ocasiones sin protección con otros conocidos suyos y que ha empezado a fumar en exceso; así como también se realiza cortes en las muñecas o los brazos.

Dichos actos empezaron acentuarse cuando empezó a hablar sobre un descubrimiento que hizo cuando tenía como 11 años, tomo el celular de su padre y vio unos mensajes en los cuales el que más le llamo la atención era uno dirigido a una mujer diciendo “tengo ganas de verte ensartada en mi palo”, “S” argumenta decirle a su madre de los mensajes suponiendo que su padre le era infiel a su madre, solo recuerda que sus padres subieron para discutir y cuando bajaron hacían como si nada había pasado.

“S” argumenta no saber porque se molesto por los mensajes si se supone que era muy chica para saber el significado de esa frase, pero después recuerda que ya tenía algo de conocimiento sobre ese tipo de temas. Argumenta que siempre ha tenido una relación difícil con su padre, que hasta la fecha se pelea con el por cualquier cosa, que él no le habla y a la vez le grita por cualquier cosa, pero no está segura si fue a partir de esos mensajes o a partir de su fiesta de quince años. Otras cosas que ha traído a sesión son aspectos de su historia como el que de niña no comía, argumenta que como era de complexión robusta toda la primaria, hasta su madre le decía que estaba gorda (actualmente la paciente es muy delgada y es de estatura alta).

Cuando en su casa se dieron cuenta que no comía la llevaron a diversos tratamientos incluyendo terapias de tipo “constelaciones” con su familia. También argumenta que su madre desde muy chica le contaba sobre abusos por parte de su abuelo (o sea de su abuelo a su madre) y que le explicaba cuestiones de sexualidad a muy temprana edad.

Después de un intento fallido de dejar su relación con “O”, también se frecuenta con un joven llamado “V” al que lo tiene en un concepto de “niño” y ella como su madre por cómo se comporta el con ella. Andaba con los dos a escondidas.

Pasando un año de tratamiento y después de varios intentos “S” se puede desligar de “V” y de “O” y emprende una nueva relación con “A”, un sujeto de estatus económico muy alto, de nacionalidad extranjera, divorciado y con 2 hijos. “S”

presenta mejoría en todos sus aspectos, ya no hay actos que atenten contra su integridad y tolera la convivencia con los niños de su nueva pareja.

Decide abandonar la facultad y comienza a trabajar con “A” en su despacho, hay un nuevo comienzo en su vida, económicamente le va muy bien, esta en planes de casarse, viaja constantemente tanto por placer como por negocios de “A” a distintas partes del mundo, esto dificulta la continuidad del proceso, pero “S” es distinta a como llegó, ya no ocupa tanto del analista para sostenerse, ahora puede sostenerse por ella y muestra mejores recursos.

Contra nupcias muy pronto con “A” y a partir de ahí las consultas han sido muy rezagadas, se opta por atenderla cuando cada que esté en la ciudad.

Psicosomática y Psicoanálisis

Para tratar de explicar algunos aspectos de la aparición de los síntomas psicossomáticos, revisamos que la “llamada economía psicossomática” se basa en una interpretación particular de la teoría libidinal freudiana por la cual se considera que se da una base instintual ligada a excitaciones corporales que tendría como destino ser suprimida, transformada o inhibida por el trabajo mental. Las funciones somáticas lograrían integrar una parte de las excitaciones instintuales, mientras que lo sobrante iría a la construcción progresiva de agrupamientos y jerarquizaciones funcionales de representaciones, dando lugar así a coordinaciones somáticas, psicossomáticas y psíquicas. (Fernández, 2002, pág. 135)

Entonces a diferencia de la neurosis, donde mecanismo defensivo por excelencia es la represión, la cual consiste en desligar la representación de su monto de afecto y así hacer que dicha representación permanezca en el inconsciente, en la psicossomática actúa la supresión, la cual se basa en un trabajo en el nivel del yo consciente dirigido a hacer desaparecer el afecto, manteniendo la representación neutralizada en el nivel del preconscious. Consiste, pues, en un esfuerzo voluntario y deliberado del yo de apartar y tener a distancia las representaciones conscientes y preconscious (Parat, 1998, pág. 128).

Entonces encontramos a diferencia de las neurosis, y sobre todo de la histeria de conversión, en la psicossomática hay un problema de simbolización tan grande que no sólo provoca alguna inhibición en alguna parte del cuerpo, sino más bien provoca un daño real en un órgano o sistema. Es decir, si el síntoma desde el psicoanálisis es una realización de deseo, una formación de transacción entre la pulsión y la defesa, aquí la supresión da como resultado la desaparición del deseo y lleva a la hipótesis de que se produjo una ruptura en el nivel de la articulación entre

la excitación somática y la cadena de las representaciones de cosas y de palabras. La pulsión sexual parece así haber desaparecido (Parat, 1998, pág. 129).

El síntoma psicossomático vendría a ser un síntoma de la falta de síntoma. Pero la apuesta sería que aún así, encontrarles su significado a través del trabajo analítico. Los mensajes silenciosos del soma se pueden detectar precozmente en los mensajes que emite el funcionamiento mental, pero se debe estar preparado para detectarlos sea en sus regresiones, sea en sus desorganizaciones (Marty, 1998, pág. 156).

Esas fallas parecen provenir de una insuficiencia o de una fragilidad en la construcción del preconsciente en su desarrollo, sobre todo en la primera infancia. Las fallas que se han manifestado o se manifiestan a través de las irregularidades temporales del funcionamiento psíquico y en la duración de las organizaciones mentales son causantes de enfermedades somáticas (Marty, 1998, pág. 157-8). En el caso de “S”, pareciera que éstas fallas, sobre todo en la de su relación con sus padres, provocaron el ambiente propicio para la formación de esta incapacidad de simbolización que a su vez provocara la aparición del síntoma psicossomático, precisamente para defensa de lo podría venirse.

Los efectos del contener y sostener

Gran parte del proceso analítico, sin descuidar el encuadre y el lugar de analista, fue más dedicado a contener en sus regresiones a “S”, ya que el proceso analítico es de naturaleza regresiva, que tal regresión se produce como respuesta al setting y es la condición necesaria para que se constituya una neurosis de transferencia analizable. Que la regresión se presente diferente dentro del marco psicoanalítico que fuera del mismo se podría explicar diciendo que la regresión se debe a que el encuadre *infantiliza* al paciente (Etchegoyen, 2002, pág. 500-2).

Debido a la potencia de sus regresiones, y a los actos que empezaba a cometer, no dudé en ubicar a “S” dentro de los cuadros borderline, había sesiones muy angustiantes para mí, no me quedó de otra más que identificar, sentir y no actuar mi contratransferencia, y usarla para beneficio del tratamiento de “S”; tenía que ser yo lo suficientemente bueno, el análisis, en la medida que reúne las condiciones de un *holding* (sostén), promueve la regresión a una situación de fracaso ambiental vivida en la primera infancia (Bleichmar & Leiberman, 2010, pág. 281).

El espacio de la sesión brindaría una segunda oportunidad para el desarrollo, otorgando esta vez el sostenimiento “suficientemente bueno que el individuo no tuvo en su infancia” (Bleichmar & Leiberman, 2010, pág. 280) Así, poco a poco “S” fue poniendo sus afectos en palabras, a pesar de haber sesiones en donde me gritaba

con una rabia descomunal, y me echaba la culpa de su malestar, poco a poco fue recordando, poco a poco fue dejando de actuar.

Winnicott fue muy sabio al plantear las temáticas de “madre suficientemente buena” y del análisis como un “espacio potencial”, pero pienso que él todo lo que hizo fue ponerle nombre y apellido a lo uno ya realiza en el *setting* con sus pacientes, es decir, el servirles de ese “objeto” que les ayude a su transición, que les de el sostén necesario para que se puedan sostener más delante por sí mismos, el análisis, vendría entonces, a llenar un vacío en la historia del sujeto que quedó a la espera de ser colmado (Bleichmar & Leiberman, 2010, pág. 281)

Uno necesita de *yo* que pueda elaborar las cosas, una vez que uno sienta que el paciente tiene los recursos necesarios para soportar las interpretaciones, los señalamientos y las confrontaciones, incluso aumentar las sesiones o cambiar de posición (por ejemplo “S” trabajó casi un año de frente, después de su mejoría paso a diván donde trabajo sin problema alguno) no hay dudar en hacerlo. Al recobrase de la regresión, el paciente, cuyo ser estará más rendido ante el *yo*, necesita del análisis ordinario tal como se ha creado para el control de la posición depresiva y del complejo de Edipo en las relaciones interpersonales (Winnicott, 2009, pág. 390).

Historizando, neurotizando a través de la transferencia

Ciertamente el motor del análisis es la transferencia, pero su vez nos sale al paso como la principal resistencia, paradójicamente. Resistencia, regresión y transferencia parecen hermanas, salen de la misma raíz, el paciente en regresión no *recuerda* su pasado sino que lo vive. El *está* en su pasado. El estado regresivo favorece las actuaciones (Bleichmar & Leiberman, 2010, pág. 282). Como ocurrió con “S”.

La regresión, al igual que la resistencia y la transferencia, operan de manera inconsciente, es un poner en escena lo no recordado pero ya vivenciado, cuando se produce la actuación, la verbalización del fenómeno tranquiliza al paciente y le permite recordar el fracaso ambiental original que dio lugar a la enfermedad (Bleichmar & Leiberman, 2010, pág. 283)..

El empezar a poner en palabras lo irrepresentable hasta ese momento, le fue permitiendo a “S” construir otra forma de simbolización, la cual Berenstein nos dice que la *simbolización* remite a la construcción hecha sobre la base de un objeto ausente y su significado inviste al otro convirtiéndolo en lo que llamará desde el *yo* el objeto externo (2001, pág. 103). A través de la palabra “S” fue haciendo presente lo ausente.

Siguiendo esta misma línea, no hubiera podido dar estos avances si no fuera por el mantenimiento del encuadre y de la posición del analista. El encuadre representa al *holding* y a los cuidados maternos. Diremos que la contrapartida psíquica de la actividad física de los cuidados maternos es la única habilitada para reemplazar metafóricamente la actividad física, relegada esta última al silencio por el encuadre. Bajo esta condición, justamente, podrá la situación evolucionar hacia la simbolización (Green, 2008, pág. 76).

La pulsión busca la satisfacción por medio del objeto, pero cuando ella ya no es posible, a causa de la inhibición de meta impuesta por el encuadre, le queda la vía de la elaboración y de la verbalización (Green, 2008, pág. 76). Fue en base a la frustraciones del *setting* que “S” fue capaz de incrementar sus recursos, precisamente para hacerles frente, no sólo a éstos, sino a los de la realidad material.

El cuerpo de “S” de cierta manera gritaba lo que ella callaba, la zona de sus erupciones, como lo sería su garganta tal vez simbolizaba que algo quería hablarse, pero se callaba, toda somatización es potencialmente simbolizante, a condición de que pueda ser analizada en la transferencia (Dejours, 1992, pág. 98).

“S” llegó con un motivo de consulta, pero no con una demanda, ella se la que formularía después, por supuesto con la instauración de la transferencia, se instauraría la demanda. Pulsión e inconsciente son los dos conceptos clave de una clínica del sujeto, que trata de los avatares que acontecen entre el cuerpo y la dependencia vital del otro. En nuestra práctica observamos que no hay precisamente, experiencia subjetiva o posibilidad de cambio más que cuando el sujeto se ve en conflicto moral con lo que hace y con lo que siente, entre la distancia del otro y su aniquilación (Pereña, 2011, pág. 146).

Para que haya demanda tiene que haber pregunta, tiene que haber deseo, ¿Quién desea en análisis?, uno podría decir que le paciente, pero el deseo no viene por default, a veces se tiene que consolidar en el mismo análisis, la formulación de un deseo, y la pregunta de cómo hacer para colmarlo, ciertamente el analista pone las condiciones para que el deseo se formule, porque también de él tiene que haber deseo, deseo de analizar, de escuchar alguien que desee analizarse. La elección de una técnica de preferencia a la otra depende fundamentalmente de la demanda del paciente: ¿cómo desea éste último terminar con su malestar vital? ¿Quiere ir por el camino más corto, con riesgo de ignorarlo todo de su verdad, protegiendo la solución que le da su escisión? ¿O bien quiere primero y ante todo saber, comprender, conocer lo que se juega en él y cómo le sobreviene su sufrimiento y su placer? (Dejours, 1992, pág. 99).

Poner los afectos en palabras es una meta en conjunto de la clínica psicossomática y del psicoanálisis podríamos decir, ayudando al paciente a verbalizar, se logra: la resolución progresiva de los conflictos, su puesta en evidencia y, después, su interiorización más realizable en los términos de la castración y del Edipo en lo fundamental (Marty, 2003, pág. 120).

Trabajar desde el psicoanálisis implica invariablemente trabajar con la transferencia y en transferencia, a grandes rasgos es la reactualización de patrones infantiles en la figura del analista, diría Freud, ese *cliché*, eso que no deja de repetirse, el término adquiere en francés una resonancia fotográfica. Al revelar las fotografías de transferencias “históricas”, pues, podría encontrarse el “negativo” de origen, con los colores inalterables. (Assoun, 2008, pág. 64) Pero más allá de eso, la transferencia es toda nuestra historia, y por su puesto la del paciente, puesta en acto, en cada situación de nuestra vida, en cada relación.

Cuando me tope con el escabroso mundo de la transferencia con “S” no había de otra, había de exorcizar a los demonios ya que ya los habíamos invocado. Había que hacer que los escuchara, que los viera, que los apalabrara, que los nombrara, que los recordara porque el sujeto actúa, no para reanudar lazos con el pasado, sino para evitar representárselo (Assoun, 2008, pág. 65).

Había que traer los demonios a escena, porque nadie puede ser ajusticiado ni en ausencia ni en esencia. Como un decorado barroco, el pasado vuelve sobre la escena con lo brillo del presente, como un fantasma que se corporiza. La transferencia revela ser ese anacronismo que vuelve a sumir al sujeto en el tiempo del deseo. Es también lo que ordena introducir la dimensión del amor (Assoun, 2008, pág. 69).

Cuando “S” empezó a historizarse, se empezó a neurotizarse, es decir, empezó a hacer síntomas desde lo psicoanalítico, y con ello la posibilidad de dar sentido a sus síntomas a sus actos, recupera lo que le pertenece y apropiárselo, siempre desde la transferencia analítica, como no podría haber otra forma; para poder partir de su síntoma psicossomático, pasando por su miseria neurótica hasta llegar a su *belle indifférence*.

Recomendaciones

En el trabajo analítico con este tipo de pacientes es de vital importancia darle lugar al factor contratransferencial, identificarla, sentirla pero no actuarla; aunque eso no exenta de apalabrarla, es decir, en ocasiones uno como analista debe poner en palabras su angustia para que el otro también pueda hacerlo, y así que comience a escucharse y a elaborar lo que tenga que elaborar.

Referencias

- Assoun, P.L. 2008. Lecciones psicoanalíticas sobre La Transferencia. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Berenstein, I. 2001. El Sujeto y el otro: de la ausencia a la presencia. Paidós, Buenos Aires.
- Bleichmar, N.M. y Leiberman, C. 2010. El psicoanálisis después de Freud Teoría y Clínica. Paidós, México, D.F.
- Dejours, C. 1992. Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. Siglo XXI, México, D.F.
- Etchegoyen, H. 2002. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica. Amorrortu, Buenos Aires.
- Fernández, R. 2002. El psicoanálisis y lo psicossomático. Síntesis, Madrid.
- Green, A. 2008. De locuras privadas. Amorrortu, Buenos Aires.
- Marty, P. 1998. Psicossomática y psicoanálisis La desligadura psicossomática. Pp. 151-161. En: Pierre Marty y la psicossomática, M. T. de Calatroni (Comp.), Amorrortu, Buenos Aires.
- Marty, P. 2010. La psicossomática del adulto. Amorrortu, Buenos Aires.
- Parat, C. 1998. Sobre la supresión. Pp. 128-148. En: Pierre Marty y la psicossomática, M. T. de Calatroni (Comp.), Amorrortu, Buenos Aires.
- Pereña, F. 2011. Cuerpo y agresividad. Siglo XXI, México, D.F.
- Winnicott, D. W. 2009. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Paidós, Barcelona.
-

*Facultad de Psicología, UANL

Calle Dr. Carlos Canseco No. 110, Col. Mitras Centro, Monterrey, N.L., México, e-mail:

carlosllanes1@gmail.com, tel/fax (50 81) 8348 38 66

Colegio Internacional de Educación Superior (CIES)

Calle Rómulo O'Farrill No. 351, Col. Olivar de los Padres, Delegación Álvaro Obregón, México,

D.F., e mail: carlosllanes1@gmail.com, tel. 56 81 73 59, fax 56 81 76 17.