

Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicossomáticas

David Maldavsky¹

Resumen: El autor sintetiza algunas propuestas recientes sobre los deseos y las defensas en pacientes psicossomáticos, sus expresiones en el lenguaje y sus relaciones con los rasgos de carácter. Luego presta atención al contagio de determinados estados afectivo-orgánicos y categoriza cuatro de ellos: de somnolencia, de furia, de angustia, de excitación. A continuación el autor establece nexos entre estos contagios afectivo-orgánicos y las manifestaciones contrartransferenciales. Con posterioridad presenta ejemplos de situaciones clínicas en que se despliegan contagios afectivo-orgánicos y manifestaciones contrartransferenciales en pacientes psicossomáticos. El trabajo concluye con breves notas sobre algunas otras formas de la contrartransferencia inducida, sobre la clínica y la investigación y sobre unos comentarios finales.

Palabras-clave: Contagio afectivo y orgánico. Contrartransferencia. Defensas.

Estudios recientes

En un trabajo previo (MALDAVSKY, 2008) me referí a las defensas que parecen tener eficacia en la producción de las perturbaciones psicossomáticas. Destaqué

1 Doutor em Letras e Filosofia. Professor titular da Faculdade de Psicologia da Universidade de Salvador. Diretor do Doutorado em Psicologia da Universidade de Ciências Empresariais (UCES). Diretor do Instituto de Estudos Aplicados em Psicologia e Ciências Sociais (UCES). Diretor de Ensino em Problemas e Patologia do Desvalimento (UCES).

que estas defensas son propias de un yo inicial, al que Freud denominó yo realidad primitiva, que ha sido poco estudiado. Este yo tiene defensas funcionales y otras que son patológicas. Estas defensas pretenden procesar una exigencia pulsional poco considerada, en que la libido inviste los órganos (la he denominado libido intrasomática, a falta de un nombre ya existente), como Freud (1926) lo propuso, siendo esta investidura anterior a la constitución de las zonas erógenas periféricas, abiertas al intercambio con el mundo. Entre las defensas funcionales centrales figuran la fuga de los estímulos externos, y la proyección orgánica, que arroja afuera los estímulos nocivos existentes en el cuerpo y una desestimación del afecto funcional. Otra defensa importante es el contagio afectivo de la vitalidad ambiental. Las defensas patológicas surgen sobre todo ante el fracaso de las funcionales. Estas defensas patológicas pueden diferenciarse en centrales y complementarias, del mismo modo que Freud sostenía que la represión es la defensa central en las neurosis de transferencia, y que a ella se agregan defensas complementarias cuando dicho mecanismo fracasa, como ser la anulación y el aislamiento en las neurosis obsesivas, y la identificación y la condensación en las histerias de conversión. Pues bien, en las afecciones psicosomáticas la defensa central es la desestimación del afecto. Freud (1919) sostuvo que la desestimación es una defensa que se opone a lo nuevo y que el matiz afectivo es la primera cualidad en constituirse en la vida psíquica, lo primero nuevo (FREUD, 1895). La desestimación del afecto se combina con una fuga patológica, hipertrófica. Estas dos defensas patológicas centrales a su vez pueden fracasar y dejar paso a defensas patológicas secundarias, que son estrategias para procesar el retorno de lo desestimado, estrategias estas que corresponden a modos diferentes de las manifestaciones en que sobrevienen alteraciones orgánicas, como las adicciones y las perturbaciones psicosomáticas. En las adicciones, el fracaso de la desestimación del afecto y la fuga patológica es procesado mediante la incorporación, mientras en las manifestaciones psicosomáticas el fracaso de los mecanismos patológicos centrales es procesado mediante la introyección orgánica. Mientras que la incorporación involucra una decisión, un acto que puede ser inhibido, la introyección orgánica cae por fuera de una acción motriz voluntaria, y por lo tanto la inermidad yoica es algo mayor. Más allá de estas diferencias, es posible encontrar situaciones mixtas, como cuando el tabaquismo favorece un cáncer de pulmón, o como cuando el comer demás contribuye al surgimiento de un pico de hipertensión. Estas defensas secundarias a las centrales constituyen caminos por los cuales lo desestimado retorna, del mismo modo como cuando fracasa la represión hay un retorno de lo reprimido.

A su vez, Alvarez (2013), en su tesis de doctorado, estudió una muestra de respuestas ante la lámina en blanco del TRO (Test de Relaciones Objetales)

producidos por 12 sujetos en tratamiento médico, 6 asmáticos y otros tantos psoriásicos, en quienes había fracasado el enfoque medicamentoso en forma más o menos radical. El objetivo de esta investigación era estudiar los deseos y las defensas en la muestra, para lo cual la autora aplicó instrumentos del algoritmo David Liberman (ADL), que he desarrollado solo (MALDAVSKY, 2001, 2004, 2013) o con colaboradores (MALDAVSKY et al., 2000, 2005, 2007). Entre estos instrumentos, el ADL-R permite estudiar relatos, el ADL-AH, los actos de habla y el ADL-P, las palabras. Al recoger la muestra, la autora comprobó que solo algunos de los sujetos estudiados habían respondido a la consigna (consistente en la formulación de un relato). Se configuraron entonces dos grupos, según hubieran respondido o no a la consigna. En 4 de los sujetos que no se atuvieron a la consigna predominó una respuesta que podríamos denominar *impacto al blanco* y en otros 2 prevaleció la banalización. Al estudiar los informes médicos, la autora comprobó que en estos 6 sujetos el fracaso de los clínicos en cuanto a la estabilización de los síntomas era mayor. Las respuestas de estos 6 sujetos eran las más escasas en cuanto a cantidad de palabras empleadas, y también era más reducido el conjunto de deseos detectables en su discurso. La autora agregó luego nuevas complejizaciones en su análisis al incluir los estudios de los actos de habla y de palabras. El estudio de los actos de habla contribuyó a aclarar un problema que se presentaba con una séptima integrante de la muestra, que había formulado relatos y en quien también había fracasado el tratamiento medicamentoso. En efecto, en los 7 casos en que había fracasado la medicación solo uno manifestó un deseo hostil, vengativo, expresión de una pulsión sádico-anal primaria, que tuvo alguna relevancia, aunque en todos predominó la libido intrasomática, combinada con la desestimación del afecto en estado mixto. En cambio, en el otro grupo de sujetos predominó un deseo sádico-anal secundario, que aspira al control de la realidad mediante la motricidad y el pensamiento, combinado con defensas funcionales. La autora propuso entonces que para diferenciar entre los dos grupos de enfermos resulta decisivo el predominio del deseo sádico-anal secundario en los actos de habla. A su vez, el análisis de las palabras permitió sugerir que en aquellos sujetos en que prevalecía la banalización y aquellos en que predominaba el *impacto al blanco* se manifestó una combinación entre los deseos de carácter diferencial. La autora destacó la relación entre estas manifestaciones y un trastorno de la percepción/conciencia, que interfiere en la captación de matices, de cualidades tanto afectivas como sensoriales, con el predominio de un deseo correspondiente a la libido intrasomática combinado con defensas como la desestimación del afecto con un estado exitoso o exitoso-fracasado.

Este estudio constituye una investigación empírica con la aplicación de instrumentos del ADL. A su vez, Truscello de Manson (2014) describió varios casos clínicos en los que prevalecen rasgos patológicos de carácter de tipo neurótico, y observó que en ellos aparece un componente tóxico, algunos de los cuales corresponden a las afecciones psicosomáticas, que muestran los efectos de la desestimación del afecto fracasada. En lo que a nuestro enfoque concierne, el mérito de esta investigación consistió en establecer que las neurosis caracterológicas suelen acompañarse de patologías tóxicas, entre ellas las psicosomáticas.

Además, en trabajos recientes (MALDAVSKY, 2015a, 2015b) he añadido algunos complementos al enfoque de casos como los recién mencionados. Tales complementos consisten en destacar que las defensas intrapsíquicas se enlazan con algunos nexos vinculares, sobre todo el de la dependencia de un personaje en el cual se combinan dos rasgos: uno de ellos consiste en la especulación y el otro consiste en un componente cognitivo: es falso, absurdo o necio, banal. El rasgo especulador es propio de un sujeto que tiene como ideal la ganancia de dinero o de un goce orgánico a costa del otro, y se combina con la desestimación del afecto. En cuanto al componente cognitivo antes mencionado toma en cuenta la relación entre palabras y hechos, y se combina más bien con la desmentida o la desestimación de la realidad y la instancia paterna. Ello supone complejizar el enfoque de las defensas, ya que el componente especulador corresponde a la desestimación del afecto, la fuga patológica, etc., pero no el componente cognitivo, que, como acabamos de exponerlo, corresponde más bien a una desmentida (para la falsedad o la necesidad) o a una desestimación de la realidad y la instancia paterna (para el rasgo absurdo). De modo tal que las defensas en juego combinan, por un lado, la desmentida o la desestimación de la realidad y la instancia paterna y, por otro lado, la desestimación del afecto y la fuga patológica. Entre ellas, la más específica en el desarrollo de la manifestación psicosomática es la desestimación del afecto combinada con la fuga patológica.

Contagio orgánico-afectivo

Se habrá advertido que, entre las defensas funcionales centrales, mencioné un contagio afectivo de la vitalidad ambiental, pero luego no me referí a las situaciones en que esta defensa se vuelve patológica. El contagio afectivo, funcional o patológico, constituye en realidad una combinación entre dos defensas, una introyección orgánica y una introyección psíquica, identificatoria. La primera de ellas se expresa en la manifestación somática y la segunda en el estado afectivo. En el contagio afectivo y orgánico patológico puede darse, por ejemplo, un

vínculo entre una persona deteriorada por los efectos de una diabetes o de una afección respiratoria severa, y otra que puede estar pendiente del estado somato-afectivo de la primera. Suele ocurrir entonces que quien sufre el contagio se encuentre ante la tarea de elaborar los pensamientos y los afectos del primero, que este no logra dar cabida en sus propios procesos psíquicos. En quien se halla contagiado se desarrollan también procesos orgánico-afectivos que le resultan extraños, determinados por el intercambio con el otro. Recordemos que Freud (1895) distinguía entre una atención reflectoria, pasiva, generada sobre todo por el estímulo, y otra activa, psíquica, derivada de las propias investiduras pulsionales. Los contenidos derivados de uno y otro tipo de atención son diferentes. En trabajos previos he aludido a la atención reflectoria, pero más bien a aquella derivada de estímulos sensoriales, y no tanto de la vida afectiva. Cuando predomina la atención reflectoria, el sujeto es pasivo ante el mundo. Estos contenidos están en el límite entre los afectos y los procesos orgánicos, como los contenidos sensoriales desmesurados (ruidos en el límite de la sensibilidad neuronal, sabores excesivamente intensos, contactos táctiles que generan dolor orgánico), y tanto unos como otros no armonizan con la economía pulsional, en la cual crean un desorden, del mismo modo que ocurre en las situaciones traumáticas, con el consiguiente desarrollo de una memoria de más difícil acceso a los procesos psíquicos. En estos casos los afectos no derivan del procesamiento de los propios procesos pulsionales sino de una fuente exógena, la cual por otra parte también parece carecer de recursos para procesar las desmesuras de las propias exigencias pulsionales y exógenas. En el sujeto que sufre el contagio, surgen afectos y respuestas orgánicas inéditas hasta ese momento, del mismo modo que ocurre en las vivencias de satisfacción o de dolor descritas por Freud, mientras que en otras ocasiones más bien estas situaciones se potencian con disposiciones pre-existentes, de mayor o menor peso en la vida psíquica. En consecuencia, puede darse luego una mayor o menor disposición al contagio, que pasa a tener peso en alguna de las corrientes psíquicas que constituyen el conjunto de la totalidad compleja de un sujeto. Estos procesos ponen en evidencia la eficacia de ciertas desmesuras en cuanto a las capacidades del procesamiento de alguna vivencia, que se van transmitiendo a lo largo de varias generaciones, y que pueden incidir para dejar al sujeto más carente de recursos psíquicos y por lo tanto más expuestos al desarrollo o el incremento de una perturbación psicósomática.

Podemos diferenciar al menos algunos tipos de contagio afectivo que implican al mismo tiempo un fuerte compromiso orgánico: contagio de erotización, contagio de cólera, contagio de apatía, contagio de angustia. En todos ellos, el contagio tiene un carácter tóxico.

El primero suele despertar en el destinatario una excitación extraña a sí mismo, de carácter hipertrófico, que tiende a poner el énfasis en algunos factores que operan como multiplicadores de la sensualidad, a veces a través de los celos, el poder institucional, los músculos del torso, las pantorrillas, etc., que se apodera de las mucosas erógenas del sujeto y que se suele tramitar mediante la masturbación y dejar un resto no elaborable.

El segundo genera en el destinatario una furia ingobernable, ciega, que se apodera de la motilidad voluntaria a través de algunos estímulos incitantes, como las provocaciones, las injurias, y que se suele tramitar mediante algún estallido que compromete a la musculatura, sobre todo de las extremidades y de la fonación, y deja un resto intramitable de insatisfacción.

El tercero promueve en el destinatario un estado de somnolencia y desgano que se apodera de la capacidad de concentración y de la motilidad de los párpados (que tienden a cerrarse, junto con los ataques de bostezos), a través de algunos estímulos incitantes, como las luces mortecinas, ciertos timbres de voz y modulaciones tonales graves, y que suele tramitar mediante alguna entrega al dormir, que deja un resto de abulia insomne.

El cuarto induce en el destinatario un estado de sobresalto que se apodera de la motricidad de las vísceras (como la frecuencia cardíaca, las dificultades respiratorias, la cerrazón de algún sector del sistema digestivo), a través de estímulos incitantes como los ojos muy abiertos y con lágrimas, el temblor de las manos, algún tic, y que se suele tramitar mediante un llanto como descarga que deja un resto de ansiedad.

Por lo tanto, el enfoque de estos problemas en el contexto de un tratamiento individual implica tomar en cuenta los procesos intrapsíquicos y también los vinculares, entendidos estos últimos en términos de intercambios correspondientes a ese yo que Freud denomina yo real primitivo, en el cual se da, según el creador del psicoanálisis, también la comunicación telepática.

Se habrá observado que en las contribuciones que he realizado recientemente hay una secuencia. En la primera me centré sobre todo en los procesos intrapsíquicos, en particular las defensas. En la segunda, puse más el énfasis en la exterioridad cognitiva que el paciente supone tener y su eficacia en la generación de las manifestaciones psicosomáticas. En la tercera presté atención sobre todo a la exterioridad económico-afectiva que el paciente supone tener y su eficacia en la generación de alteraciones corporales. En realidad, no se trata de perspectivas contradictorias, sino articuladas.

El modo de acceso a los procesos propios de este yo requiere tomar en cuenta no solo el mundo representacional sino también los nexos entre las manifesta-

ciones orgánico-afectivas y los procesos de pensamiento. Recordemos que para Freud la identificación constituye uno de estos procesos de pensamiento, y tales procesos endopsíquicos se vuelven accesibles al yo actual gracias a otros tantos procesos de pensamiento, al establecer correlaciones entre determinadas disposiciones al contagio afectivo como el que acabo de describir, los episodios que pudieron promoverlo en la vida infantil de un sujeto y las situaciones recientes que despiertan o refuerzan su vigencia actual.

Contagio afectivo-orgánico y contratransferencia: desvitalizada, hostil, angustiada, erótica

Uno de los terrenos en que puede desplegarse el conjunto de escenas recién mencionadas que involucran los vínculos es el de las sesiones mismas, y en particular el contagio afectivo, que incluye también al terapeuta y se desarrolla como manifestaciones contratransferenciales. Diferentes autores muy sensibles, como Racker (1953), Heimann (1950) y Green (2002), han puesto en evidencia el valor de estas manifestaciones contratransferenciales. Algunos de ellos tienden a considerar sobre todo su carácter de perturbación derivada de alguna falla en el terapeuta, mientras que otros aluden a su carácter objetivo, es decir, como expresión de la subjetividad del paciente. Respecto del contagio afectivo antes mencionado, es posible que ambas posturas respecto a la contratransferencia puedan articularse al tomar en cuenta la intersubjetividad, incluyendo una potenciación entre la fragilidad del paciente y la del terapeuta.

El terapeuta cuenta con diferentes recursos para procesar el problema que se le presenta, de modo de recuperar una postura apta para su trabajo clínico. Puede apelar a su propia terapia, al auto-análisis, a la supervisión, al intercambio con colegas.

Precisamente, esta es la situación que se presenta en los casos que voy a exponer a continuación, cada uno de los cuales muestra el predominio de determinado tipo de contagio y de contratransferencia, en este orden: somnolencia, hostilidad, angustia, erotismo. Todos los casos son de un mismo terapeuta residente en una ciudad de provincia, que tiene conmigo un largo período de intercambio de tres décadas (iniciado cuando él estaba por cumplir 40 años), a veces vía electrónica, a veces de manera telefónica, a veces de modo personal. Durante este tiempo se ha cimentado una creciente confianza y cada uno de nosotros incrementó su sensibilidad para captar matices complejos de la vida psíquica.

Luciano consultó a los 55 años por crisis de angustia ligadas con sus preocupaciones corporales, sobre todo la hipertensión. Era dueño de unas tierras que

explotaba en una ciudad vecina a la de su terapeuta y pasaba por períodos de prosperidad y otros de hundimiento. En estos últimos momentos la esposa lo hostigaba con frases insensatas y coléricas, y lo presionaba para que resolviera la situación con soluciones descabelladas. Llegó a acusar al paciente de mentiroso, como si este le hubiera prometido soluciones milagrosas que luego no cumplió, sin que el paciente atinara a imaginar cuál había sido la promesa que él había incumplido. Progresivamente pudo establecerse una relación entre los períodos de hundimiento económico y los estados de astenia del paciente, como los que había padecido de pequeño, luego de sus crisis de espasmo de sollozo. Estas crisis aparecían regularmente cuando su abuelo trataba de hacerlo conciliar el sueño y lo hamacaba en su cuna en estado de desconexión, de manera mecánica. En el tratamiento el paciente terminó infiriendo que en esos momentos el abuelo tenía la mente poseída por los familiares muertos en las guerras fratricidas en Italia.

A medida que el tratamiento avanzaba, el paciente pasó a relatar más frecuentemente escenas en que él se adormilaba al volver del trabajo o en los fines de semana y la esposa montaba en cólera y lo dejaba sobresaltado. Simultáneamente, en las sesiones el clima se fue volviendo más monótono, centrado en anécdotas ligadas a los impuestos, los atrasos de los clientes en sus pagos, las deudas contraídas con un banco que tenía que cubrir, el pago a los peones, o los resultados de los estudios de sangre, de corazón, etc., que tanto su esposa como él mismo se hacían periódicamente. El terapeuta pasó a quedar envuelto en ese clima y empezó a tener una extraña vivencia de hallarse distendido y carente de atención, y le costaba tener algún tipo de iniciativa clínica, como si hubiera optado por la postura del *dolce far niente*, en que tenía que ahogar los bostezos que lo iban invadiendo a medida que transcurría la hora.

El terapeuta comentó que a veces se sentía tocado por la preocupación cardíaca del paciente, que le recordaba la prematura muerte de su propio padre, y los espasmos de sollozo que el paciente relataba le evocaba sus propios espasmos en sus crisis de asma. En la esposa del paciente el terapeuta veía algo de la violencia de su propia madre con su padre, por lo cual él supuso durante años que ella había matado a su cónyuge, padre del terapeuta, como consecuencia de los disgustos que le generaba.

Delmira tenía 58 años cuando consultó por sus continuas reyertas con dos hijas de las cuales estaba muy pendiente y que le amargaban la existencia con sus reclamos, acusaciones y reproches. Era una paciente que había conquistado una sólida posición económica como eficiente administradora de estancias, en su mayoría de la vecindad, que contaba con varias personas bajo su dirección, y que en la sesión tenía una voz dura, crispada, carente de matices, con la cual solía

arremeter cuando el terapeuta intentaba formular algún comentario. La paciente decía haber tratado con cariño a sus hijas pese a que había luchado para abrirse camino en el trabajo, con el objetivo de solventar los gastos de la casa, ya que el padre de estas era un hombre despreocupado que viajaba por diferentes países, a menudo alcoholizado. La paciente había tenido diferentes parejas, y tendía a mantener una actitud desafiante respecto de la sexualidad, aceptaba a veces los requerimientos que le hacían los dueños de las estancias y manifestaba una gran libertad en sus prácticas eróticas, todas ellas sostenidas por una postura erguida y al mismo tiempo seductora. Sin embargo, estas posiciones activas se quebraban cuando se centraba en el problema con sus hijas, se largaba a llorar y reconocía no saber qué hacer para salir de esas escenas en que sufría ante el rechazo de estas. Con el correr de las sesiones pudo precisar qué tipo de situación la dejaba más desguarnecida. Era una situación en la cual alguna de sus hijas le decía con una certeza irreductible que ella había sido mala madre, egoísta y fría, que las había descuidado y abandonado, mientras que ella tenía de sí una imagen inversa, de madre cariñosa con sus hijas. El terapeuta le sugirió primero que la paciente atenuara su actitud de dependencia de las hijas, pese a que la paciente temía que ellas se hicieran daño a sí mismas si ella se alejaba. La paciente puso en marcha esta sugerencia del terapeuta, con lo cual se alivió algo su malestar, pero el terapeuta no podía casi tener alguna iniciativa en las sesiones, la paciente lo interrumpía con su voz tensa y carente de matices. Pese a ello la paciente pudo relatar que le parecía que tenía influencia la historia de una abuela que fue madre soltera y que luchó toda su vida por criar a su familia, y que le había impuesto a ella una enseñanza dura y despótica. En las sesiones llegaron a la conclusión de que la paciente veía en sus hijas a esta abuela despótica que veía en ella a otra persona y quería forjarla en una postura estereotipada y guerrera. Por fin la paciente pasó a contar que el inicio del tratamiento también fue consecuencia de la preocupación que le había despertado la aparición de unas irritaciones en la piel cercana a sus genitales y que progresivamente se extendió por su pelvis hasta llegar a la cintura, y que los médicos no pudieron ni diagnosticar ni explicar. En el curso del tratamiento esta irritación de la piel se continuó extendiendo. Cuando el terapeuta intentó insinuarle que ella parecía necesitada de un contacto tierno y de ubicarse en una postura menos activa, la paciente volvió a interferir su discurso. Con esta paciente el terapeuta tenía a menudo momentos de irritación que parecía producto del contagio, y en una oportunidad llegó a superponer su voz con la de la paciente cuando esta lo interfirió en un comentario, y se detuvo cuando, ante la elevación del volumen de la voz que había realizado la paciente, él estuvo a punto de hacer otro tanto. El terapeuta comentó en la supervisión

que él encontraba similitudes entre su malestar en las sesiones y el que había tenido en la niñez y la adolescencia con una hermana que competía ciegamente con él, empujada a su vez por su madre y una tía materna que tenía mucha ascendencia sobre la madre.

Eustaquio consultó a los 50 años, luego de una terapia de 25 años con un terapeuta con otra orientación, debido a sus crisis de angustia que tenía neutralizadas con dificultad y su hipertensión, controlada con algo más de éxito, y que padecía desde hacía también 25 años. Cuando el terapeuta anterior se mudó al exterior, el paciente pasó a tratarse con el nuevo. El paciente vivía en una ciudad cercana con su familia, y a poco de empezar envió a su hijo, de 24 años, a terapia, con un profesional recomendado por el nuevo terapeuta, y que también supervisaba conmigo, aunque desde hacía menos tiempo.

Durante un tiempo largo Eustaquio se centró en temas ligados con conflictos de su empresa con sus proveedores, con el gobierno, con los sindicatos, etc., en los que mostraba un espíritu conciliador, poco beligerante. También hablaba de su familia, en especial sus hijos, que lo preocupaban. En particular le preocupaba su hijo varón, quien no le resultaba fácil de descifrar. Era hermético, rehuía el diálogo con él, o se refería a sus aspiraciones de ser un multimillonario. El hijo en cambio tenía un diálogo muy fluido con su esposa, que al paciente le resultaba igualmente difícil de descifrar. Tanto en la esposa como en este hijo el paciente invertía fuertes sumas, sea para que su esposa tuviera la ropa, el auto, el perro o la vivienda que le pedía, sea para que el hijo tuviera un departamento en una zona muy cara de su ciudad, un auto y una moto, así como ropas y zapatos de lujo. A las pocas semanas de empezado el tratamiento, Eustaquio compró un departamento muy ostentoso y puso a la venta su propia casa, que quería dejar porque habían ocurrido asaltos a mano armada en el barrio. La esposa, a su vez, parecía expuesta diariamente a las intrusiones de la propia madre, que la invadía con una postura delirante en la cual combinaba argumentos absurdos, reproches y acusaciones contra el marido, padre de la esposa de Eustaquio. El suegro de Eustaquio se ausentaba de la casa durante todo el día y solo volvía a la noche. La suegra del paciente sostenía que el marido tenía relaciones con mujeres que eran empleadas de un negocio del cual su suegro era propietario.

El paciente tenía una actitud amistosa hacia el terapeuta, hablaba fluidamente de los problemas con su esposa y su hijo, pero al mismo tiempo rehuía hablar de las relaciones que estos problemas tenían con sus crisis de angustia. Parecía tener una fuerte dependencia del estado de su esposa y de su hijo, quienes hablaban entre sí y se cerraban en el diálogo con él. Estos podían tener una relación amable con él, pero él no podía avanzar más allá de la superficie. En otros momentos

la esposa tenía estallidos con él, sobre todo cuando lo acusaba por sus relaciones extra-matrimoniales con empleadas de su empresa, y el paciente tenía cuidado de no despertar sospechas que incrementaran la furia de la mujer. Riendo, el paciente comentó que el terapeuta anterior siempre le recomendaba no discutir con la esposa, callar y esperar a que ella atenuara la tormenta de su furia. Esta situación se mantuvo en equilibrio durante los dos primeros años de tratamiento. Dicho equilibrio basado en la evitación tanto fuera del tratamiento como con el terapeuta se vio favorecido por los periódicos viajes que hacía el paciente, algunos de los cuales le servían como excusa para pasar unos días en algún paraje aislado, en una hostería de lujo, tiempo que dedicaba a la pesca deportiva. El paciente parecía crearle al terapeuta las mismas incertidumbres que este tenía respecto de su esposa y su hijo.

En cuanto al hijo, mantenía con el propio terapeuta el mismo hermetismo y la misma tendencia evitativa que su padre con el propio. Al cabo de un tiempo el paciente aludió a sus intereses por la filosofía política, ya que le interesaba cómo funciona la mente de los poderosos. También se refirió a una novia con la cual había tenido un fracaso sentimental, lo cual había desatado una crisis que fue el motivo de su consulta, y que era hija de un empresario extranjero que él consideraba muy poderoso. Con el curso del tratamiento describió una estrategia para reconquistarla, consistente en enviarle costosos regalos anónimos como para trastornarla con la intriga acerca del nombre de quien se los hacía. Todo ello implicaba además gastos considerables con la tarjeta de crédito que el padre le había extendido. El propósito del joven era revelarse como el autor de esos regalos como un modo de reconquistar a la novia que lo había dejado. Con ello al mismo tiempo se mostraba como si estuviera a una altura similar a la de ella desde el punto de vista económico.

En cuanto al padre, en una ocasión en que no concurrió a la sesión sin que hubiera un viaje programado, y el terapeuta le dejó un mensaje en el contestador telefónico. Al tiempo, escuchó a su vez un mensaje de la esposa del paciente, que le decía que él había tenido súbitamente un ataque de hipertensión. Agregó en su mensaje que él se había descuidado en los últimos días, había comido alimentos que estaban contraindicados, y en consecuencia se desmayó en la calle y fue internado para tenerlo en observación. El terapeuta tuvo entonces un cambio, del habitual estado de incertidumbre a uno de fuerte angustia.

A partir de ese momento el terapeuta se orientó por su propia angustia y su vivencia de incertidumbre. Se enteró entonces de que el paciente pasaba por un período de dificultades económicas relacionadas con que tenía que pagar unas cuotas del lujoso piso que había comprado y con que corría el riesgo de

frustrarse la venta de su propia casa, y por lo tanto el dinero con el que suponía que contaría no estaría disponible. La dificultad para la venta derivaba de que había descubierto que parte del terreno de su propia casa había sido inscripto de manera fraudulenta como propia por los dueños de una empresa aledaña, para lo cual falsificaron documentos públicos. Contó que estos dueños lo habían saludado siempre con mucha amabilidad, a la cual él respondía del mismo modo, y que ahora debería hacer un juicio que podía llevar bastante tiempo. El paciente contó que antes del ataque hipertensivo tuvo una fuerte crisis de angustia rabiosa e impotente por el fraude, y sobre todo por haber sido ingenuo y haber creído en la amabilidad de sus vecinos de la empresa. También se sentía expuesto a no tener forma de equilibrar el estado de ánimo de su esposa y de su hijo, que solo parecían aquietarse a costa de que él hiciera grandes gastos. Fue entonces que comió alimentos salados durante varios días, lo cual era una expresión de su tendencia a auto-destruirse.

En cuanto al contagio de angustia en el terapeuta, parecía derivado del carácter sorpresivo de la situación, del aporte de su propia ingenuidad ante el paciente así como de lo sorpresivo del ataque hipertensivo del paciente y de su angustia. El terapeuta también equiparaba a su propio padre, con su accidente cardíaco y su inermidad frente a la violencia de su esposa y el influjo que tenía una mujer poderosa en ella. En particular, el terapeuta comentó que en determinado momento su padre tuvo una descompensación y se acostó en el piso, y el terapeuta estuvo permanentemente a su lado durante un largo período de tiempo, lo oía gemir y respirar dificultosamente, hasta que llegó un médico para atenderlo. Como el paciente, su padre había intentado aplacar el permanente enojo de la esposa con regalos ostentosos y cambios a una vivienda cada vez más cara. El paciente, como el padre del paciente, intentaba de este modo mantener el equilibrio afectivo-orgánico de su esposa, y por momentos fracasaba en ello y él mismo quedaba anegado por su angustia, y algo similar le ocurría al hijo, en relación con la madre y con la novia que lo había dejado, una joven que había tenido intentos de suicidio que él se sentía llamado a conjurar. En el fondo padre e hijo parecían haber realizado una elección de objeto que combinaba encantos femeninos y desamparo, ya que uno y otro decían que habían tenido varias oportunidades de elegir mujeres agradables y atractivas, y solo habían elegido a aquella que al mismo tiempo mostraba una situación de desvalimiento ante sus propias exigencias internas y ante la realidad, por lo cual sufría desbordes de angustia.

Sabrina conoció a su terapeuta cuando este brindaba unas conferencias sobre problemas de pareja y familia en una institución, momento en el cual tuvo oportunidad de establecer una relación cordial, en la cual inclusive compartieron una

mesa de café, junto con otros docentes y alumnos. Luego, poco antes de cumplir los 60 años, la paciente le solicitó orientación para encarar sus conflictos de pareja. En ese tiempo la paciente estaba en tratamiento con otro terapeuta, que vivía en su misma ciudad, a una hora de distancia de la del terapeuta orientador en los problemas de pareja. En estos conflictos de pareja resaltaba su aburrimiento y el sentirse atrapada y sofocada por la cotidianeidad laboral (era abogada especializada en familias, en particular en litigios por divisiones de campos y bienes entre herederos, discusiones por deudas entre parientes basadas en el crédito de la palabra empeñada, etc.) y conyugal, situación que matizaba con sus aventuras extramatrimoniales esporádicas con un amante en la misma ciudad en que residía el terapeuta orientador. En las entrevistas de orientación la paciente mostraba una disposición alegre y ocurrente. También se refirió a la relación con un padre que estaba muy enfermo. Al cumplirse alrededor de un año de estas entrevistas, Sabrina le dijo al terapeuta orientador que había suspendido el tratamiento con su terapeuta individual previo hacía un tiempo y le solicitó que se hiciera cargo de su terapia. Estaba en medio de una situación crítica porque le habían detectado un tumor en la mama izquierda que ella estaba decidida a extraer de manera radical, sin aguardar un diagnóstico más preciso. Para ese entonces su padre estaba ingresando en la fase terminal del largo proceso de deterioro corporal con varios órganos afectados por diferentes enfermedades. Todo ello fue el tema de la primera y la segunda sesión, al final de la cual, al saludarse con un beso en la mejilla, la paciente deslizó su rostro hacia el cuello del terapeuta, que besó de manera breve por dos veces. Luego desapareció por varios meses, y al volver contó que el padre había muerto en su lecho, en su propia vivienda rural y ella a su vez se había operado el pecho. Parecía dispersa y desorientada y lloraba a menudo, sobre todo por angustia. Contó que en la adolescencia había perdido un año de sus estudios porque no podía pensar, y durante varios meses sufrió una ceguera parcial por una fuerte erupción mal tratada. Le costaba irse de las sesiones y solía ponerse especialmente seductora en esos momentos, por ejemplo retenía al terapeuta de un brazo. La paciente contó que había sufrido una tentativa de abuso de pequeña por parte del abuelo materno, y que la madre había desechado sus reclamos cuando ella intentó narrarle lo ocurrido. Años más tarde, cuando ella volvió a hablarle del tema, la madre le dio a leer unos textos en que ella relataba que el abuelo abusó de su suegra, de la tía, de una sobrina y de ella misma. Los relatos eran abundantes en detalles que a ella le resultaron desmesurados y que olvidó casi por completo. Luego de ello cayó en una fuerte depresión, perdió el año en el colegio y tuvo una ceguera, que he mencionado poco más arriba. En cuanto a su abuela, fue una mujer adoptada, de la cual se rumoreaba que había

sido una hija extramatrimonial de su bisabuelo con una empleada de la casa, bastante menor que ella.

El terapeuta se hallaba en una situación paradójica, porque por un lado se notaba excitado con la paciente y por otro podía concentrarse en lo que la paciente le decía, se sentía en conexión empática con ella y podía formular intervenciones pertinentes, la paciente parecía aprovechar lo que el terapeuta le decía y manifestaba que entre una sesión y la siguiente había utilizado lo que habían intercambiado para aclarar aspectos que sentía confusos en su historia y su presente. Es decir que el terapeuta y la paciente habían establecido una alianza de trabajo bastante provechosa. Sin embargo, al terapeuta le costaba intervenir respecto de la tendencia de la paciente a seducirlo. Por ejemplo, a veces le guiñaba un ojo al final de la sesión, y cuando el terapeuta le preguntó qué significaba ese gesto, la paciente respondió que quería seducirlo. En otras oportunidades, hacía el final de la hora Sabrina enrojecía y miraba al terapeuta a los ojos de manera interrogativa, como si esperara que este dijera algo en particular. El terapeuta le preguntaba entonces qué pensaba y la paciente le respondía que quería conocer el pensamiento que el terapeuta tenía en lo más íntimo, aunque rehuía aclarar más qué pensaba ella que el terapeuta pensaba. Estaban entonces dadas las condiciones para que el terapeuta se centrara en la tendencia de la paciente a seducir al terapeuta como modo de retenerlo y de asegurarse de que este siguiera pensando en ella luego del término de la sesión. Pero en una ocasión la paciente se refirió a unas consultas por estudios médicos que había realizado siendo joven con un profesional primerizo, quien solía decirle que ella dependía afectivamente de él y que fuera de las consultas ella seguiría pensando en él. Ella le replicaba que esos comentarios no la ayudaban. Al tiempo el profesional le comunicó que se trasladaría a otra ciudad y por lo tanto dejaría de atenderla, y la remitió a un clínico general más experto, quien en las consultas subsiguientes, cuando la paciente le expuso sus desencuentros con el clínico más joven, le dijo que le parecía que dicho profesional estaba enamorado de ella. Este comentario fue decisivo para el terapeuta que la estaba tratando en la actualidad. El terapeuta temió que, si interpretaba la tendencia de la paciente a retenerlo con el erotismo, ella podría llegar a responder, como con el clínico anterior, que a ella no le era útil lo que él le decía, y entonces este podría quedar expuesto a su propia contratransferencia erótica en soledad. Ante esta situación de parálisis parcial en el tratamiento, el terapeuta aguzó aún más su atención y su lucidez para comprender los problemas que la paciente traía. En ese contexto la paciente contó que ella había sido criada por la abuela adoptada, y entonces se volvió algo más clara la situación. El terapeuta pudo encontrar afinidades entre la escena que se desarrollaba en la sesión y la

relación con sus propias hermanas menores, a quienes seducía intelectualmente con una postura sádica que ponía un fuerte énfasis en la actividad cognitiva. Esta exacerbación de la actividad intelectual era una transacción entre la excitación que ellas le generaban, las restricciones morales y la vivencia de vergüenza por ser vulnerable a los encantos de sus hermanas. La situación se repitió en la adolescencia con otras mujeres, cuando su propia excitación lo dejaba frágil, ya que al mismo tiempo se frenaba invocando argumentos morales, y el enojo que esta trampa en la que se encontraba se le transformaba en un incremento de su sadismo hiper-lúcido, como respuesta ante el poder de la joven con sus encantos. En cuanto a la paciente, parecía seducir al terapeuta de manera automática, quizá desplegando una escena como la que había generado su abuela, esperando que un hombre ejerciera sobre ella un poder de manera hipnótica, y quizá fuera esto lo que la paciente esperaba que ocurriera cuando miraba al terapeuta de manera interrogativa, a la búsqueda de su pensamiento íntimo.

Este último tipo de contratransferencia fue el que más le deparó al terapeuta sentimientos de vergüenza, sobre todo por la vulnerabilidad que ello le generaba y porque tenía la permanente vivencia de que entonces la paciente podía dejarlo en soledad con su propio estado, sin que hubiera en ella un correlato con su propio sentir. Entonces el terapeuta desarrollaba un sadismo inverso, en que dejaba a solas a la paciente con su sentir sin respuesta ni afectiva ni clínica, y expuesta tal vez a su propia vergüenza.

La cuestión de la vergüenza parece formar parte del problema de la contratransferencia erótica, como se puede inferir también en el tratamiento de María, una paciente de rasgos histriónicos que hemos estudiado en otra oportunidad (MALDAVSKY et al., 2005). El terapeuta ponía el énfasis en la ternura, y esto no parecía acorde con las manifestaciones de la paciente. A partir del estudio de las primeras sesiones inferimos entonces que el terapeuta procuraba neutralizar con sus intervenciones los efectos de la contratransferencia erótica. Al final de una sesión de un momento más avanzado del tratamiento, luego de que finalizara la sesión, el terapeuta grabó a solas que en esa sesión había sentido menos contratransferencia erótica.

Otras variedades de contratransferencia inducida, problemas de clínica y de investigación, comentarios finales

Es posible que existan otros tipos de contratransferencia con un carácter prototípico que merezcan nuestra atención. Entre ellos, puedo mencionar la hostilidad que generan los pacientes apáticos, como el Hombre de los Lobos. En

efecto, Freud (1919) sostuvo que la principal resistencia del paciente consistió en la dócil apatía, por la cual aceptaba lo que Freud le decía pero no producía cambio alguno. La secuencia en la estrategia de Freud (primero despertar un fuerte apego en el paciente y luego interrumpir el tratamiento) puede entenderse como una expresión de la hostilidad del terapeuta. Se trata de pacientes ante los cuales existen dos riesgos: o bien perder el control sobre la propia hostilidad, o bien la parálisis por la lástima que el paciente puede inducir. Es posible que una estrategia del mismo tipo de la de Freud, sin que haya un corte drástico, sea recomendable con pacientes que poseen esta estrategia vital, que requiere de una mayor dosis de hostilidad en las intervenciones que les permitan rescatarse de sus propios estados de desvitalización.

Más allá de todo ello, puede ser que el tipo de hostilidad sin control en el terapeuta tenga también un carácter automático, inducido por el paciente por algún tipo de mecanismo similar al contagio afectivo, pero no tanto del mismo estado sino de uno complementario, que puede dejar a paciente y terapeuta tan atrapados en una situación de estancamiento clínico como la creada por el contagio afectivo. Es posible que en estas circunstancias, participen los mismos mecanismos que en el contagio del mismo estado afectivo, pero tal vez se les agregue una hostilidad reactiva como protección en el terapeuta ante el riesgo de quedar preso en el clima apático del paciente. Algo similar puede ocurrir cuando un terapeuta tiene una crisis de angustia o se le despierta una excitación sexual inmotivada ante la apatía del paciente.

Otro tipo de contratransferencia, que es una variedad de las descritas antes, consiste en aquellas situaciones en que el paciente no reconoce en sí mismo un estado afectivo-orgánico que en cambio sí registra el terapeuta, como contagio de un afecto que capta en su paciente de manera anticipatoria, como ocurre a veces con los estados de somnolencia del terapeuta que no parecen motivados por situaciones propias. Por ejemplo, el mismo terapeuta de los cuatro casos precedentes comentó que con un paciente sentía somnolencia durante la primera mitad de cada sesión, y que mucho tiempo después pudo ligar esta situación de la sesión con un relato realizado por el paciente acerca de una masturbación cotidiana que le permitía a este conciliar el sueño luego de duros días de trabajo.

Sea cual fuere el estado que se genera en el terapeuta que incluye contratransferencias como las descritas poco más arriba, los modos de procesamiento de la situación son los mismos: la terapia del terapeuta, su auto-análisis (en lo posible por escrito), la supervisión, los comentarios con colegas, y la situación se vuelve más perturbadora cuando el terapeuta se mantiene en el mutismo y procura desecharlo o minimizar el problema. En este sentido, parece conveniente diferenciar

entre una contratransferencia explicitada por el terapeuta y una inferida por un supervisor o investigador (y quizá por el mismo paciente), inclusive en discordancia con la opinión del terapeuta implicado.

También cabe preguntarse por los caminos propicios para investigar estos problemas. Cuando la contratransferencia es explícita, la investigación puede quedar facilitada al contar con los testimonios del terapeuta. Sin embargo, el estudio de las sesiones parece ser la clave, y en particular el modo en que el terapeuta interviene en determinados momentos de la sesión, en particular si sus intervenciones resultan clínicamente poco pertinentes y el tratamiento está estereotipado o se ha producido un cambio desfavorable en el paciente con estados como los de pacientes con perturbaciones psicosomáticas. Como la contratransferencia de este tipo es solo uno de los factores que puede incidir para que el terapeuta tenga respuestas clínicamente no pertinentes de manera estereotipada e insistente (otros factores podrían ser las limitaciones en la formación del terapeuta derivados de sus estudios, su propia terapia, una supervisión deficiente, etc.), también en este punto es conveniente ser cauto. Los dos estudios que hemos realizado (MALDAVSKY, 1988, MALDAVSKY et al, 2005) corresponden a contratransferencias no explicitadas, que debimos inferir, y que en un caso, el del terapeuta de María, fue luego explicitada por este, mientras que en el otro caso sigue siendo solo una conjetura. Sin embargo, solo el primero de estos casos muestra que la contratransferencia deriva de un contagio, mientras que el segundo, el de Freud, parecería corresponder a una respuesta reactiva frente a la vulnerabilidad ante dicho contagio. Para estudios de este tipo contamos con instrumentos de análisis de las manifestaciones (en el nivel verbal como no verbal) con un enfoque psicoanalítico freudiano (es decir, los deseos y las defensas) que parecen ser un recurso de elección.

Tengo también la impresión de que las descripciones que he realizado de los cuatro tipos de contratransferencia por contagio afectivo en pacientes con perturbaciones psicosomáticas tienen un rédito adicional, consistente en presentar, de manera inesperada, diferentes facetas de la mente de un terapeuta y en particular de sus aspectos más frágiles.

Además, respecto de los factores que conducen al desarrollo del contagio afectivo, los ejemplos presentados tienden a sugerir que las situaciones transmitidas de este modo han tenido un carácter intolerable para los padres de los pacientes, a menudo en relación con las vivencias de sus propios progenitores. Es posible que el contagio afectivo sea uno de los caminos de los que el paciente dispone para tratar de procesar dichas vivencias casi impensables e intransmisibles. Solo puedo hacer ahora una breve referencia a la vía para el abordaje clínico de estas

situaciones, ya que este no constituye el tema del presente trabajo: consiste en que el paciente despliegue los pensamientos que tiene en amago, que suelen tener un carácter sensato y hostil, que le pueden permitir un cambio en la posición en que se ubica en situaciones en que ocurren pérdidas crecientes de los matices y un mayor encierro en vínculos cada vez más estereotipados, como pueden ser las relaciones de pareja o de amistad, caracterizadas por elegir en el otro a aquel que porta un potencial de muerte, pese a su apariencia sensual y/o tierna.

Study of some determining factors in the development of psychosomatic disorders

Abstract: The author summarizes some recent proposals on the wishes and defenses in psycho-somatic patients, their expressions in language and its relationship with character traits. Then pay attention to the contagion of certain affective and organic states and categorizes four of them: somnolence, rage, anxiety, excitement. The author then establishes links between these affective and organic contagion and the counter-transference manifestations. Following presents examples of clinical situations where emotional and organic contagion and counter-transference manifestations in psychosomatic patients are deployed. The paper concludes with brief notes on some other forms of induced counter-transference, on the clinical situation and the research, and on some concluding remarks

Keywords: Countertransference. Defenses. Emotional and organic contagion.

Referencias

ALVAREZ, L. **Investigación psicoanalítica de los deseos y las defensas en pacientes psicosomáticos crónicos con diferente evolución clínica, tesis de doctorado en psicología.** UCES. 2013.

FREUD, S. (1895). Proyecto de psicología para neurólogos. In: **Obras completas.** v. 1. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

_____. (1919). De la historia de una neurosis infantil. In: **Obras completas.** v. 17. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

_____. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. In: **Obras completas.** v. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.

GREEN, A. **El pensamiento clínico.** Buenos Aires: Amorrortu, 2007. Publicado originalmente en 2002.

HEIMANN, P. On counter-transference. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 31, p. 81-84, 1950.

MALDAVSKY, D. **Estructuras narcisistas: constitución y transformaciones**. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.

_____. **Análisis computacional del lenguaje desde la perspectiva psicoanalítica**. CD ROM. 2001.

_____. **La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Liberman**. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

_____. **Yo realidad inicial: conceptos e investigaciones sistemáticas, Subjetividad y procesos cognitivos**, 11, 2008.

_____. **ADL: Algoritmo David Liberman: un instrumento para la evaluación de los deseos y las defensas en el discurso**, Buenos Aires: Paidós, 2013.

_____. **Propuestas clínicas para el tratamiento de las crisis de angustia: desvalimiento psicosocial**. 2015a.

_____. **Crisis de angustia e ideaciones suicidas**, Actualidad Psicológica. 2015b. en prensa.

_____. et al. **Investigaciones en procesos psicoanalíticos. Teoría y método: secuencias narrativas**, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.

_____. et al. **Systematic research on psychoanalytic concepts and clinical practice**, Buenos Aires, UCES, 2005.

_____. et al. **La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica**. Investigación sistemática con el algoritmo David Liberman (ADL). Buenos Aires: Editorial Lugar, 2007.

RACKER, H. A contribution to the problem of counter-transference. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 34, p. 313-324, 1953.

TRUSCELLO DE MANSON, M. **Los duelos. Huellas en el carácter y registro corporal**. Buenos Aires: Ediciones Biebel, 2014.

DAVID MALDAVSKY
República Árabe Siria, 3319 - Piso 5° B (1425) -
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
e-mail: dmaldavsky@gmail.com