

¿Y por qué siguen juntos? El psicósomático y su vínculo de pareja

Liliana Haydee Alvarez¹

Resumen: El trabajo introduce la comprensión de las perturbaciones psicósomáticas desde las conceptualizaciones freudianas y los desarrollos posteriores aportados por autores contemporáneos. A partir de allí, busca profundizar en las particularidades del tipo de vínculo que estos pacientes construyen en sus relaciones de pareja y los desafíos conceptuales, técnicos y subjetivos a lo que ello nos enfrenta en nuestro hacer terapéutico.

Palabras-clave: Apego desconectado. Equilibrio defensivo interpulsional. Toxicidad pulsional.

Introducción

En este trabajo procuro compartir algunas reflexiones sobre la clínica vincular poniendo el foco en los desafíos que enfrentamos como analistas cuando se nos presentan algunas problemáticas vinculares que nos resultan retos teóricos, técnicos y especialmente subjetivos.

El abordaje psicoanalítico del vínculo de pareja implica considerar que ella constituye una situación clínica compleja, ya que supone tomar en cuenta tanto los fenómenos intrapsíquicos de cada paciente y el terapeuta incluido en la sesión, así como la característica que alcanzan los intercambios que surgen entre

¹ Dra. En psicología. Master en Patologías del desvalimiento. Docente titular Doctorado en Psicología. Coordinadora académica de IAEPICIS: Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales de Universidad UCES.

ellos, capaces llegar a constituir estereotipias esterilizantes en el vínculo terapéutico.

En estas situaciones es cuando resulta relevante revisar cómo se organizan las alianzas ofensivo-defensivas que allí se establecen, así como también encontrar movimientos técnicos a partir de los cuales pueda surgir la posibilidad de pensar en soluciones creativas para los conflictos que vayan surgiendo.

A través de los años y a partir del trabajo clínico, primero en pacientes con afecciones dermatológicas y más adelante portadores de otras manifestaciones con compromiso orgánico, escuchando las descripciones que hacían de su acontecer cotidiano referidas a sus vínculos y en particular a aquellos que conformaban con sus parejas, me encontré preguntándome, ¿Por qué siguen juntos?

Desarrollaré algunas reflexiones que han ido encaminando mi estrategia clínica, surgidas al investigar en los procesos anímicos y especialmente intersubjetivos de los pacientes con afecciones psicósomáticas.

Me refiero a estos pacientes entendidos como aquellos que son portadores de una corriente psíquica que sostiene un estado de desvalimiento psíquico, que es resultado de un déficit particular en el funcionamiento yoico y libidinal y que podrá llevarlos al compromiso orgánico.

El psicoanálisis es el marco conceptual donde encuentro los fundamentos para pensar los trastornos psicósomáticos y es en las consideraciones freudianas referidas a las neurosis actuales y a la teoría de las pulsiones como representantes psíquicos de los procesos que tienen su origen en el interior orgánico, donde se sitúan las bases teóricas que me permiten la comprensión de manifestaciones que, comprometiendo al cuerpo, carecen de representación psíquica eficaz.

Me interesa discriminar entre la concepción de los dos enfoques teóricos que llegan a nuestros días acerca de cómo entender el fenómeno somático. Uno de ellos lo considera el resultante de un universo simbólico, al modo de un mensaje corporal que podrá entonces interpretarse a la manera de un síntoma neurótico (conversivo), como es pensado por autores cercanos a la teoría kleiniana (GARMA, 1954; CHIOZZA, 1980). La otra orientación lo piensa como el resultante de una carencia de trabajo psíquico en el procesamiento de la pulsión, sin sostén simbólico y por lo tanto incapaz de remitir a contenidos reprimidos.

Esta última es la perspectiva teórica desde donde sitúo el presente trabajo. Es verdad que en la obra de Freud (1895) el estudio pormenorizado de los síntomas que comprometen el cuerpo está especialmente desarrollado y referido a las conversiones histéricas. Sin embargo, en las consideraciones freudianas referidas a las neurosis actuales y a la teoría de las pulsiones como representantes psíquicos de los procesos que tienen su origen en el interior orgánico, es donde se sitúan

aquellos conceptos que permiten la comprensión de estas otras manifestaciones que, implicando al cuerpo, no poseen valor simbólico.

En la mencionada obra se encuentran ya los fundamentos que permiten entender uno de los puntos fundamentales que hacen a la manifestación: el síntoma orgánico, que a diferencia de aquel de la psiconeurosis (especialmente la conversión histérica), no responde a un contenido inconciente reprimido, no posee valor simbólico, no es resultado ni de una substitución ni de la transacción entre deseo y defensa, sino que está ligado a una forma de angustia, automática, tóxica.

Es por esta carencia de trabajo psíquico, por el no cumplimiento de la premisa freudiana que define a la pulsión como exigencia de trabajo para el aparato psíquico, que se produce entonces un estancamiento libidinal que se vuelve tóxico y que permite entender gran parte de las características que encontramos en los pacientes psicósomáticos.

El autor argentino Maldavsky (1992) ha hecho aportes fundamentales en este sentido. Sostiene que en la producción de las perturbaciones psicósomáticas se pone de manifiesto un estancamiento libidinal que se vuelve tóxico, que se articula con el modo de funcionamiento defensivo propio de un Yo primitivo que opera desestimando el afecto, dando como resultado la sofocación de aquel que es el primer representante psíquico de la pulsión, el afecto.

Se trata de un estancamiento libidinal tóxico que resulta de fijaciones tempranas a una forma de erotismo intrasomático y a fallas en el funcionamiento del Yo Real Primitivo que alcanzan a afectar la constitución de la conciencia originaria. Se suma una organización defensiva comandada por la desestimación del afecto como defensa central.

Me refiero al erotismo intrasomático aludiendo al que impera en los primeros momentos de la vida, cuando grandes montos de energía libidinal sobre invisten, en un movimiento acorde con la autoconservación, a los órganos vitales: corazón y pulmones, antes de dirigirse proyectivamente desde el interior orgánico hacia la superficie de las mucosas donde irán a constituir las zonas erógenas (FREUD, 1926). Se trata de un momento inicial, coincidente con el nacimiento, que Freud refiere a un estado pre psíquico, allí donde encontramos sistema nervioso y exigencias pulsionales.

Este no es aún el territorio donde impera el *Principio de placer* sino aquel otro, primario, donde debe imponerse el *Principio de constancia*, cuya aspiración es mantener un nivel de tensión compatible con el sostenimiento de la vida. Nos sitúa en el campo de las cantidades circulantes, de las pulsiones de autoconservación con libido en apoyatura.

En cuanto a la defensa dominante, destaco el valor de la desestimación del afecto, defensa que tiende a la abolición de realidades elementales tales como el matiz del afecto y pudiendo afectar la constitución del sentimiento de estar vivo.

Estas marcas tempranas cuando además se articulan, en el proceso de complejización psíquica, con alteración en la constitución de las identificaciones primarias comprometen el proceso de subjetivación, la constitución del Yo/no Yo y desde allí, a la intersubjetividad.

Vínculo de pareja: o apego desconectado

La pregunta que suele ser objeto de preocupación entre quienes atendemos pacientes psicossomáticos está referida a las condiciones de aparición de la sintomatología orgánica.

La experiencia indica que la claudicación de las defensas que sostienen el carácter psicossomático, a saber: el fracaso de la desestimación del afecto como defensa central, acompañada de la caída de defensas complementarias como son la desmentida de ciertas alertas psíquicas, una identificación restitutiva, y ciertas introyecciones patógenas, parecen ser factores determinantes desde donde se producirá el pasaje a la manifestación orgánica, la cual requiere además considerar aún otras defensas como la desestimación del sector del Superyó que impone freno a las irrupciones voluptuosas y las dictamina nocivas, la introyección orgánica como inverso a la proyección normal, y la regresión del Yo al momento inicial de fijación en el Yo Real Primitivo y de la libido procesándose por el mecanismo de la alteración orgánica.

Entre aquellos factores que impulsan la caída de este andamiaje defensivo, cobra relevancia en mi experiencia, la ruptura de cierto equilibrio interpulsional que estos pacientes sostienen a partir de sus vínculos. En ocasiones, la herida narcisista que ella reactiva, toma un carácter insoportable que los precipita en un efecto regrediente. Su valor no corresponde al de la pérdida de un objeto, sino al de la caída de una frágil identidad sostenida substitutivamente desde el vínculo con el otro.

Es este el punto en que deseo detenerme: la modalidad que toman sus relaciones interpersonales., para retomar la pregunta inicial ¿por qué están juntos?

Al recibir una consulta de pareja en la que uno de sus miembros es un paciente psicossomático, suelo encontrar que se despliegan ante mí algunas escenas casi prototípicas.

Escucho relatos y veo desplegarse escenas donde aquel miembro de la pareja que tiene un componente somático desarrolla con su partenaire conductas ser-

viles, de cuasi sometimiento, aunque sin el registro subjetivo de estar llevando adelante ese accionar. La sobreadaptación, que sólo toma en cuenta los deseos y necesidades del otro al precio de desconocer lo propio, se les impone, y el único deseo reconocible es el deseo que suponen en el otro y es a él al que no pueden dejar de responder.

El partenaire aparece como un sujeto egoísta, que no lo toma en cuenta pero frente al cual sin embargo, el psicósomático le entrega su actividad, su tiempo, toda su atención.

Se trata de una manera de vincularse que está marcada por una forma de adhesividad que se caracteriza porque se produce un aferramiento al otro.

Ese otro está representando por una parte, aquello de lo que no se puede fugar pero por otra, es lo que permite sostener una frágil garantía acerca del propio ser. Esta forma de relación suele denunciar un sentimiento de identidad fallido y opera como un intento de sustitución del sentimiento de sí.

El clima que se destaca en estas parejas suele ser de apatía o abulia y puede instalarse por mucho tiempo o alternarse con estallidos pasionales, descargas afectivas intensas de violencia o erotismo, donde falta la ternura.

Los relatos que suelen reproducirse reiterativamente en el consultorio, casi sin ser objeto de reflexión ni de queja por parte del psicósomático, suelen generar una mezcla de hartazgo, impotencia, sensación de sin salida y profunda incomodidad.

Son escenas carentes de afecto que repercuten en mi registro transferencial produciendo las respuestas anímicas que ellos no reconocen en sí mismos (enojo, sentimiento de humillación, angustia). No hay quejas, no aparecen juicios críticos, solo se escucha la descripción de realidades cotidianas, despliegue de conductas tributarias de automatismos, donde *el sujeto que siente* parece haber desaparecido. Y es que el apego en estos casos, está acompañado de una falta de registro de aquello que remite a lo subjetivo, al mundo de los afectos.

Los vínculos del paciente psicósomático están marcados por una forma de adhesividad desconectada, (que reconoce su origen en una simbiosis patológica). Se trata de una forma de aferramiento al otro, que de alguna manera está representando aquello de lo que no se puede fugar y que además les permite sostener una frágil garantía acerca del propio ser.

Cuando me pregunto quién es el otro para el paciente psicósomático, suelo encontrar que se lo ha construido como un personaje muchas veces idealizado, pero con características tiránicas y hasta irracionales.

Ese otro podemos reconocerlo como un fragmento propio proyectado. En ocasiones: desvalido (por desmentida de la función de autoobservación super-

yoica) y al que entonces hay que proteger de la realidad recurriendo entre otros mecanismos, a la mentira ingenua que los proteja de supuestos desarrollo de afecto desbordantes. En otros casos, será un otro despótico: (proyección de un fragmento psicótico propio) al que se lo constituye con el poder de eliminarlos de su registro psíquico, de decretar su muerte psíquica.

El lugar que ocupa el paciente con patología orgánica en sus vínculos parece ser el de quien es objeto de un desinvertimiento amoroso. Sin embargo, es desde esa posición, que él mismo se sostiene y sostiene el lugar del otro al que nos lo muestra como un objeto que no lo satisface. En ocasiones, el psicósomático me recuerda el lugar de alguien que se siente bajo una amenaza muda. Entiendo que se trata de la amenaza de ser expulsado de la vida psíquica de su pareja.

Desde una posición ingenua podría surgir esta pregunta: ¿por qué sigue sosteniendo esa pareja siendo que no parece haber un lugar para el registro de ninguna satisfacción a partir de ese vínculo?

El aporte de algunos autores puede orientar algunas reflexiones. Me resulta de gran valor tomar en cuenta las conceptualizaciones de Maldavsky (1992) quien considera que se trata de parejas que han logrado establecer un tipo de equilibrio que parece restañar las fallas subjetivas de cada uno de los integrantes a partir de un apego desafectivo. Aquel a quien se adhiere el paciente psicósomático, ha sido ubicado en el lugar del modelo y en la medida que logra sostener ese vínculo, cree alcanzar una identificación restitutiva y junto con ella, muchas veces también pueden mantener una imagen ilusoria de omnipotencia. Vale la pena tomar en cuenta este punto como una zona de riesgo, porque asentados en esta ilusión creen que todo lo pueden, aún llevándose por delante los límites orgánicos, poniendo así en peligro las pulsiones de autoconservación. Ubicado en una posición pasiva el Yo se ofrece vulnerable a las descargas pulsionales ajenas, aferrado a un dolor no sentido.

Fallas en identificaciones primarias comprometen la propia subjetividad así como la constitución psíquica del lugar del otro como objeto que no se ha podido establecer como un otro diferente en la medida que el Yo del paciente no logra constituirse como sujeto para su propia vida pulsional.

Este empecinamiento que aparece con la función de mantener el apego a un otro, puede también vincularse con aquel tipo de masoquismo que opera como guardián de la vida, a diferencia de aquel otro masoquismo que tendiendo a la desvitalización y a la muerte de la pulsión opera como masoquismo mortífero al decir de Rosemberg (1991). En resonancia con esta manera de evaluar el apego a un objeto que no proporciona satisfacción, incluyo el concepto de apego al negativo del objeto (ANZIEU, 1996) y de Roussillon (2001), que nos permite

imaginar el momento en que alguien sobrevivió al desvalimiento inicial, aferrado al dolor como testimonio pre subjetivo del objeto no habido. Considerar su valor implica reconocer la dimensión del apego como una corriente necesaria, vital, en los inicios de la vida.

La línea traumática que se refiere a estos pacientes es la que conduce, en el desarrollo pulsional, a una estructura distorsionada (pervertida). El narcisismo primario lleva entonces la marca de la falla de la función maternante como medio de lograr un apego suficientemente bueno. Se daría en cambio un apego al negativo, tal como describe Anzieu (1996) refiriéndose a una alianza de la pulsión de apego a la pulsión de muerte más que a la de auto conservación.

Es interesante incluir en estas reflexiones la referencia que hace Denis (2007) acerca de los dos componentes de la pulsión: el componente de dominio y el componente de satisfacción, cuando expresa que tanto la corriente erógena como la de dominio son consideradas por él como libidinales, en el sentido de entender que existe un componente libidinal de dominio en la pulsión. Este autor parte de la conceptualización que hizo Freud (1905) en su caracterización de la pulsión, cuando señaló que la satisfacción no puede ser obtenida plenamente más que por una acción ejercida sobre el objeto, que como tal está vinculada con los esfuerzos de dominio sobre él. Mientras los investimentos sexuales están en relación directa con las zonas erógenas, el componente de dominio inviste aquellos elementos que permiten el apoderamiento del objeto: los órganos de los sentidos y la motricidad. Es el conjunto de ambos el que encontramos anudado en el objeto, promoviendo la experiencia de satisfacción y dando así lugar al registro de la representación.

Estas reflexiones permiten suponer la posibilidad de que en algún momento del funcionamiento psíquico los componentes pulsionales se desmezclen, se desliguen.

El apego del psicósomático en ocasiones parece tener más relación con una investidura hacia el objeto desde el componente de dominio que desde el de satisfacción, resultando entonces un déficit en su campo representacional que permite entender el vacío que sobreviene luego (traumáticamente) ante la posibilidad de ruptura del vínculo así constituido.

Cuando esta ruptura sucede o se esboza, se inicia el camino regresivo que puede alcanzar un punto de fijación en aquel momento que es previo a la inscripción de la experiencia de satisfacción, es decir, aún antes de que se logre el pasaje de la libido intrasomática a la erogeneidad oral, y que, desde Freud (1924), es posible referir al sadomasoquismo intracorporal. Allí es donde opera la lógica de la alteración interna como forma primordial de resolver la exigencia de Eros, y que a posteriori puede hallarse en la base de aparición del síntoma orgánico.

Conclusiones

En los vínculos de pareja donde se incluye un paciente con patología orgánica, antes de pensar en una meta clínica que incluya alguna forma de disolución de esa relación, considero trabajar previamente los aspectos referidos a la identidad y el sentimiento de existencia que ese paciente sostiene frágilmente a partir del vínculo.

Entiendo que el despliegue que puede realizar cuando describe una relación de pareja marcada por la insatisfacción, nos tiene como destinatario. Somos necesario testigo y testimonio de un dolor no sentido, que parece ser el único registro subjetivo donde se asienta su existencia y que reedita lo que fue una experiencia traumática primaria.

En este tipo de transferencia, el psicossomático demanda que, por medio de nuestro propio sentir, se pueda registrar lo que no ha podido ser sentido, visto, o comprendido de sí mismo.

Entiendo que en la medida que podamos hacernos cargo de ello, comprometiendo nuestro propio aparato para sentir desde la capacidad empática, es que hay alguna posibilidad de reformular sus vínculos de apego y posibilitar el procesamiento intrapsíquico que les permita ir saliendo del estado de retracción en que viven, aferrados a un núcleo tóxico que solo tiene una fachada de relación interpersonal, y donde lo que se privilegia es más la calma que la satisfacción (MALDAVSKY, 1991, 1992, 1996, 2000, 2007).

Es necesario entender y respetar su aferramiento al objeto hasta tanto la terapia haya alcanzado alguna posibilidad de recorte subjetivo y cambio en el andamiaje defensivo, que evite que una separación sea vivida a la manera de un desgarramiento, trayendo entre sus posibles consecuencias, el daño orgánico.

And why are still together? The psychosomatic and relationship with partner

Abstract: This paper approaches psychosomatic disorders based on Freudian concepts and on later developments provided by contemporary authors, delving into the particular characteristics of the bonding formed by these patients in their couple relationships and into the conceptual, technical, and subjective challenges faced in clinical practice.

Keywords: Disconnected attachment. Defensive balance between drives. Drive toxicity.

Referencias

- ANZIEU D. **Créer détruire**. Paris: Dunod, 1996.
- CHIOZZA, L. **Trama y figura del enfermar y el psicoanalizar**. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- DENIS, P. **La cuestión del dominio en psicoanálisis**. Disponible en: <www.uces.edu.ar/institutos/iaepcis/foro.php>. 2007.
- FREUD, S. (1895). Estudios sobre la histeria. In: **Obras completas**. v. 2. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- _____. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. In: **Obras completas**. v. 7. Buenos Aires, Amorrortu, 1993.
- _____. (1924). El problema económico del masoquismo. In: **Obras completas**. v. 19. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- _____. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. In: **Obras completas**. v. 20. Buenos Aires: Amorrortu, 1993.
- GARMA, A. **Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales**. Buenos Aires: Nova, 1954.
- MALDAVSKY, D. **Procesos y estructuras vinculares**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1991.
- _____. **Teoría y clínica de los procesos tóxicos**. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- _____. **Linajes abúlicos**. Buenos Aires: Paidós, 1996.
- _____. **Lenguaje, pulsiones y defensas**. Buenos Aires: Nueva Visión, 2000.
- _____. **La intersubjetividad en la clínica psicoanalítica**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.
- ROSEMBERG, B. **Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie**. Paris: Presse Universitaires de France, 1991.
- ROUSSILLON, R. **Agonie, clivage et symbolization**. 2. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.

LILLIANA HAYDEE ALVAREZ
José Bonifacio, 1716 - Piso 5° - (1406)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
e-mail: alvarezlipsi@hotmail.com