

Contratransferencia somática

Edgardo Korovsky*

Resumen

Se plantea aquí, bajo el nombre de “contratransferencia somática” una modalidad particular de contratransferencia: la que aparece bajo la forma de manifestaciones corporales más o menos transitorias en el analista durante el curso de una sesión psicoanalítica.

Se parte del concepto de contratransferencia como respuesta total del analista a la transferencia del paciente. Habitualmente los analistas están más acostumbrados a tener en cuenta como reacciones contratransferenciales los sentimientos y ocurrencias (lo que habitualmente llamamos “psíquico”) que las manifestaciones corporales que ocasionalmente pueden experimentar en las sesiones con sus pacientes. Tampoco consideran, en la mayoría de los casos, su propia postura corporal o los cambios en el sillón, aunque sí lo hacen con el paciente en el diván. Sin embargo, un dolor de cabeza, de muelas o abdominal, deseos de orinar o defecar, tos o estornudos sin estar resfriado, letargo o sueño o cualquier otro tipo de trastorno somático que pueda aparecerle en la sesión podría ser incluido en la serie de reacciones contratransferenciales.

A través de tres viñetas clínicas se intenta ejemplificar la emergencia de la contratransferencia somática y la necesidad de su análisis para la comprensión del sentido del síntoma y su integración en la dinámica de la relación transferencial-contratransferencial.

* J.Paullier 1428- Montevideo - Uruguay

Summary

It is stated here, by the name of “somatic counter-transference, a particular kind of counter-transference: the one which appears through corporal manifestations more or less transitories in the analyst during the course of a psychoanalytic session.

It is started from the concept of counter-transference as the whole analyst answer to the patient’s transference. The analysts, in general, are more accustomed to consider the feelings and occurrences (what we usually called “psychic”) more than the corporal manifestations which occasionally can experiment in their sessions with the patients. They do not consider, in most of the cases, their own corporal position or their movement in the armchair, but they do so with their patients in the divan. However, a headache, a toothache or a stomachache, the desire to urinate or to defecate, a cough or a sneeze without begin with a cold, lethargy or sleepiness or whatever other kind of somatic overturning which can appear during the session could be included in the series of counter-transferential reactions.

Trough three clinic illustrations it is attempted to exemplify the somatic counter-transference appearance and the necessity to analyze it to understand the sense of the symptom and its integration in the dynamic of de transferential-counter-transferential relationship.

Me propongo plantear aquí algunas reflexiones para que sirvan de discusión acerca de una modalidad particular de contratransferencia:

aquella que aparece bajo la forma de manifestaciones corporales más o menos transitorias en el analista durante el curso de una sesión psicoanalítica, y la posibilidad de su utilización al servicio de la mejor comprensión del campo analítico.

Desde los trabajos pioneros de Paula Heimann (1950) y sobre todo de Racker (1948, 1951, 1959) hemos aprendido a comprender y utilizar la contratransferencia como un instrumento de nuestra investigación y accionar terapéutico, sin desconocer el carácter de peligro que Freud le confirió.

Siguiendo a esos autores, entendemos la contratransferencia en un sentido amplio, como la respuesta interna total del analista ante el analizando, Incluyendo en ella tanto los contenidos inconscientes que aquel transfiere sobre éste (y adoptemos aquí el término que López Ballesteros utiliza en su traducción de “**gegenübertragung**”: “transferencia

recíproca”), como también su identificación ya sea como el yo, el ello o el superyo del **analizando** (concordante) o con sus objetos internos (complementaria).

Aunque naturalmente, desde el punto de vista cínico, transferencia y contratransferencia son dos aspectos de una unidad que es la relación interpersonal psicoanalítica, a los efectos de este trabajo el acento recae en la contratransferencia.

Habitualmente los analistas estamos más acostumbrados a tener en cuenta como reacciones contratransferenciales los sentimientos y ocurrencias que se nos despiertan en relación con nuestros pacientes, que las manifestaciones corporales que ocasionalmente pudiéramos experimentar en las sesiones. Tampoco consideramos, en la mayoría de los casos, nuestra postura corporal o los cambios que adoptamos en el sillón. Sí lo hacemos con el paciente en el diván. Sin embargo, muchas veces un dolor de cabeza, de muelas o abdominal, deseos de orinar o defecar, sensación de frío o calor, letargo o sueño, un miembro dormido, un ataque de tos o estornudos (sin estar resfriado), borborismos intestinales o cualquier otro tipo de trastorno somático que pudiera aparecer en la sesión con un analizando podría ser incluido en la serie de reacciones contratransferenciales.

Cuando en nuestra “atención libremente flotante” acogemos pensamientos, ocurrencias, recuerdos, sentimientos, en fin, todo aquello que generalmente llamamos “psíquico”, pero deseamos nuestras sensaciones corporales (porque consideramos que eso es nuestro”, que “no tiene que ver con el paciente”) actuamos resistencialmente. Freud en el Esquema de 1938 (3) plantea los dos “supuestos fundamentales” del psicoanálisis. Respecto al segundo, dice que los procesos conscientes “no forman una sede sin lagunas, cerradas en sí mismas, de suerte que no habría otro expediente que adoptar el supuesto de unos procesos físicos o somáticos concomitantes de lo psíquico, a los que parece preciso atribuir una perfección mayor que a las series psíquicas, pues algunos de ellos tienen procesos conscientes paralelos y otros no. Esto sugiere de una manera natural poner el acento, en psicología, sobre estos procesos somáticos, reconocer en ellos lo psíquico genuino y buscar una apreciación diversa para los procesos conscientes” (p. 155). Por consiguiente, continúa Freud, el psicoanálisis en su segundo supuesto fundamental “declara que esos procesos concomitantes presuntamente somáticos son lo psíquico genuino, y para hacerlo prescindir al comienzo de la cualidad de la conciencia” (p. 156).

Partamos de algunas situaciones clínicas: 1) En el momento en que el analista le abre

la puerta del consultorio a la paciente, aquel siente un dolor punzante precordial. La paciente se dirige hacia el diván y se acuesta, mientras el analista se sienta en su sillón, siempre con su dolor. La paciente comienza a hablar en un tono hipomaniaco de temas que el analista experimenta como banalidades. A éste le cuesta prestar atención a lo que la paciente dice, requerido por su dolor que va en aumento y se irradia al brazo izquierdo. Piensa que se puede estar Infartando y que debería suspender la sesión. En ese momento la paciente dice: “Bueno, lo que no le dije hasta ahora es que me echaron del empleo”. Simultáneamente al analista se le pasó el dolor.

La primera pregunta que surge frente a este material es si el dolor precordial del analista “tiene algo que ver” con la paciente y lo que a ésta le pasa.

En una aproximación médica, no analítica, podríamos hipotetizar que el analista tuvo en ese momento un espasmo coronario breve (angor de reciente comienzo) o bien una contractura de músculos torácicos, o una condritis o aún una crisis de angustia con ideas hipocondríacas. No tenemos una confirmación electrocardiográfica de estas hipótesis. En esta línea de pensamiento, resistencial desde el punto de vista psicoanalítico, es posible suponer que esta afección del analista ha coincidido casualmente” con la entrada de la paciente y que la desaparición de su manifestación dolorosa nada tiene que ver con lo que lo que la paciente pueda haber dicho o hecho.

Es dable suponer que a cualquier psicoanalista le llamaría la atención esta coincidencia entre la aparición en escena del síntoma del analista al entrar la paciente y su desaparición al decir ésta que la habían echado del empleo. Y es posible que la coincidencia le resulte significativa ¿Pero significativa de qué? Se abre aquí el espacio de las teorías.

(Tal vez valga la pena hacer antes un paréntesis para acercamos con empatía al colega en su difícil trance y pensar ya no teóricamente qué hubiéramos hecho nosotros en su lugar.)

Si volvemos a la situación clínica descrita nos encontramos con la simultaneidad entre la aparición del dolor en el analista y la de la paciente en el vano de la puerta abierta del consultorio. No sabemos si han mediado palabras entre ambos, el saludo, o el estrecharse las manos. Esto no aparece en el relato. Podríamos, sin embargo, suponer que “algo” se ha intercambiado, acaso y por lo menos las miradas. Pero, ¿alcanzaría esto para determinar el dolor del analista? ¿Podría ser ese “algo” incluido dentro del orden de la transferencia? ¿Es dable pensar aquí en un proceso de identificación?

2) Una terapeuta recibe telefónicamente una solicitud de entrevista por parte de una posible paciente que le es derivada por un colega con la aclaración de que es portadora

de una secuela de poliomielitis. Acordada la entrevista, al abrirle la puerta la paciente aparece de perfil, mostrando su lado sano. Penetra en el consultorio apoyándose en un bastón y se sienta frente al escritorio. Rápidamente el bastón desaparece de la vista de la terapeuta. La paciente habla de su hija, que es “maravillosa”, de su marido que es “un tipo formidable”. Aparentemente nada le preocupa. La terapeuta siente progresivamente un cólico intestinal y una intensa necesidad de evacuar. Está a punto de suspender la sesión. Recuerda que la poliomielitis comienza con trastornos intestinales. Le pregunta a la paciente si no tendrá miedo de no poder criar bien a su hija, que sus dificultades corporales se lo impidan. La paciente hace un movimiento y ubica el bastón a la vista, y mientras pasa a hablar de sus angustias, a la terapeuta se le va la sensación de diarrea.

3) Durante una sesión una paciente habla de su difícil relación con la madre, a la que no puede aproximarse, pero también a la que siente distante: se siente intolerante con ella, todo lo que su madre dice o hace le cae mal. Sin embargo trata de disimularlo, pues teme atacarla.

El terapeuta permanece en silencio, escuchándole, y experimentando al mismo tiempo un fuerte dolor abdominal. Este es un síntoma cuyo sentido conoce a través de su propio análisis, asociado a la agresión reprimida o no verbalizada provocada por situaciones de frustración en relación con su madre. Sin embargo el terapeuta no utiliza este conocimiento al no hallar la manera de instrumentarlo mediante una interpretación, y queda con su dolor el resto de la sesión.

Los tres casos presentados tienen elementos en común y difieren en otros. En el primer caso, como decíamos más arriba, el síntoma aparece en el analista en el momento de abrirle la puerta del consultorio a la paciente. Partiendo de la base de considerar este síntoma como una expresión contratransferencial, llama la atención, además de su carácter somático, su inmediatez. Esto hace recordar, tal como también lo menciona Cesio (1), al mecanismo que Freud describe en “El yo y el ello” cuando, al referirse a la identificación primera y de mayor valencia del individuo, dice que es “una identificación directa e inmediata (no mediada), y más temprana que cualquier investidura de objeto” (2).

En los dos primeros ejemplos el síntoma desaparece al aparecer la palabra: en un caso la de la paciente que expresa “lo que no había dicho hasta ahora”, que mantenía rechazado y de lo que pasa a hacerse cargo; en el otro la de la terapeuta, que logra salir de su “parálisis” e integrar en la paciente la dificultad que intentaba esconder. En cuanto al tercer caso, el terapeuta, que no logra encontrar las palabras adecuadas, permanece con su síntoma.

En los tres casos los analistas aparecen identificados inconscientemente con aspectos yoicos escindidos y proyectados (transferidos) de sus pacientes. Estas identificaciones inconscientes están “contenidas” en el sentido inconsciente de sus síntomas (a la manera de un síntoma conversivo).

En cuanto a la “elección del síntoma”, queda por dilucidar cuánto interviene la identificación proyectiva del paciente, la contraidentificación proyectiva del analista y el “código personal” de éste, como lo vemos sobre todo en el caso 3- en el cual podemos pensar que el terapeuta ha transferido en la paciente su propia imago materna frustradora, ante quien debe reprimir sus sentimientos de hostilidad, mientras que la paciente a su vez transfiere en él un objeto similar, quedando ambos identificados concordantemente. El terapeuta reacciona con su “código personal”, el síntoma doloroso, repitiendo neuróticamente, y dejando a la paciente también en la repetición.

La terapeuta del caso 2), en cambio, consigue mediante la interpretación de su síntoma reintegrar en la paciente lo escindido.

El hecho de que estas reacciones contratransferenciales se expresen corporalmente posiblemente impliquen un mayor grado de resistencia en el analista. Teniendo en cuenta la “segunda hipótesis fundamental del psicoanálisis” antes citada, corresponden a situaciones inconscientes (“lo psíquico genuino”) a las que el analista deberá estar atento y tratar de hacer consciente para poder utilizarlas en la mejor comprensión de sus pacientes.

Bibliografía

- 1) Cesio, Fidas: “La comunicación extraverbal en psicoanálisis”. Rev. de Psicoanal. 1963, 20, 124-127
- 2) Freud, S.: “El yo y el ello” O.C.T. XDLpg. 33. A.E.
- 3) Freud, S.: “Esquema del psicoanálisis” T. XXIII AE.
- 4) Grinberg, León: “Psicopatología de la identificación y contraidentificación proyectiva y de la contratransferencia” Rev. de Psicoan. 1963, 20, 113, 123.
- 5) Heimann, Paula: “Sobre contratransferencia” Rev. Uruguay de Psicoanal. vol. 4, 1961-62, 129-136
- 6) Korovsky, E.: “El tratamiento psicoanalítico de pacientes con manifestaciones somáticas de enfermedad” II Jornadas de Psicoanálisis y salud mental, Montevideo,

1988

- 7) Racker, H.: Estudios sobre técnica psicoanalítica. Paidós, Buenos Aires, 1959.