

El Cuerpo, su salud y su enfermedad en infancia y adolescencia

Manuel de Miguel

Abordar la cuestión del cuerpo, de su salud y su enfermedad en los comienzos de la vida, nos conduce necesariamente a estudiar los grandes temas de la psicósomática. Es el momento de la construcción de las estructuras básicas del psicósoma y debemos ocuparnos de las vicisitudes por las que atraviesa en sus primeros estadios. Empezaré por decir, que al igual que ocurre con la vida mental, consideramos que los trastornos psicósomáticos se fraguan también a través de la construcción de unas respuestas específicas e individuales desde el comienzo de la vida. Las consecuencias de las situaciones traumáticas serán tanto más importantes cuanto más temprano sea el momento que tomemos en consideración. Concretamente, el sistema inmunológico que en principio es heredado, se empieza a fraguar en los primeros meses de vida y pensamos que su fragilidad está condicionada por las tensiones emocionales que tienen lugar durante ellos.

El psicoanálisis nos ha permitido investigar estas etapas tempranas y a su vez nos ha proporcionado la posibilidad de revivirlas en la transferencia analítica, lo que convierte a nuestra disciplina en una herramienta privilegiada para estudiar y reparar las posibles construcciones aberrantes. Especialmente se producen formas proclives a la descompensación somática cuando, en la primera infancia, se dan constelaciones relacionales afectivamente pobres, que condicionan una fragilidad psicósomática generalizada o relaciones perturbadas que dan lugar a trastornos muy específicos. Me ocuparé con algún detalle de las dos posibilidades; pero primero describiré cuestiones de tipo general que nos ayudarán a penetrar en el funcionamiento psicósomático.

Lo que voy a exponer nos ayuda a entender y abordar muchos cuadros clínicos que se podrían incluir dentro de lo que P. Marty definió como fenómenos de regresión somática. Son cuadros que suelen ser repetitivos, específicos de cada individuo, de evolución auto-limitada,

habitualmente leves, que tras su padecimiento restituyen al individuo a su situación anterior y que, en líneas generales, no dejan secuelas graves. En ocasiones pueden manifestar una importante cronicidad que condiciona la vida de quien los padece, y es más raro que la amenacen gravemente. Pero también pueden marcar estos fenómenos de fijación-regresión, las grandes líneas de la desorganización somática de carácter grave.

En mi opinión, se fraguan a partir de lo que Marty llamó *memoria humoral* y que está siendo objeto en la actualidad de numerosos estudios. Esta cuestión de la memoria es un viejo tema. El psicoanálisis no es sino la reevaluación del papel de la memoria. Freud dice que las histéricas sufren de reminiscencias. Sabemos por él, que las huellas mnémicas ligadas a los movimientos pulsionales rigen nuestros destinos.

Desde la neurología, autores como Antonio Damasio, Françoise Ansermet, o el Nobel Eric Kandel, han puesto de relieve su importancia. El primero, ha descrito los mapas del cerebro donde se registran las diferentes huellas dejadas por la experiencia; el segundo, desde la plasticidad neuronal que facilitan los neurotransmisores, nos muestra la riqueza de las inscripciones en la mente de las experiencias vitales. Kandel es reconocido por haber establecido las bases de los mecanismos subcelulares que participan en la memoria y aprendizaje elemental. Han encontrado en los niveles biológicos lo que veníamos afirmando desde el conocimiento de la vida que nos aporta el psicoanálisis. De hecho, tanto Ansermet como el propio Kandel reconocen ampliamente la profunda imbricación de los fenómenos descritos por ambas disciplinas, psicoanálisis y neurociencias.

La expresión "memoria humoral" es particularmente afortunada porque funde los dos sentidos de la palabra humor: el de un estado afectivo y el concerniente a los humores somáticos. Dicho de otra forma, la memoria como registro y fuente de repetición de la somatización y la emoción a la que va asociada, bien sea causa o consecuencia de la misma. Aunque son mecanismos muy generales, el estudio de la psicósomática en la infancia y la adolescencia los pone particularmente de manifiesto.

Ya Freud llamó la atención sobre algunos fenómenos somáticos ligados al psiquismo, y aunque no profundizó en su estudio, dejó constancia de su existencia y de la necesidad de seguir investigándolos. En una época tan temprana como 1905, en los *Tres Ensayos para una teoría sexual*, da a entender en diferentes momentos una concepción de la histeria que va más allá de lo mental, alcanzando claramente lo somático y esbozando las direcciones a las que estoy apuntando. Dice textualmente: "las zonas histerógenas en las que se produce el desplazamiento, se comportan como las originarias, pudiendo aparecer inflamaciones o

motricidad, más adecuadas al funcionamiento de la zona erógena que aquel que le es propio, como el globo histérico”.¹

Por otra parte en una nota al pie de página, Freud apunta que de las elucidaciones concernientes a la deriva biológica de los desplazamientos histéricos, se ha hecho cargo A. Adler, y advierte el riesgo de aplicar en casos singulares, las interpretaciones del plano psíquico a lo biológico, adelantándose casi cien años a las críticas hechas por Marty y la escuela de París, sobre la falta de rigor con la que se interpretaban y se interpretan, en ciertas ocasiones, estos fenómenos, metaforizando hasta el disparate las manifestaciones somáticas como ya entonces hacía Groddeck².

Dirá en el capítulo siguiente dedicado al erotismo anal: “Los catarros intestinales en la más tierna infancia tornan al niño nervioso... Si más tarde contrae una neurosis, cobran una influencia determinante sobre su expresión sintomática y ponen a su disposición toda la suma de los trastornos intestinales”. Adelanta una intuición sobre lo que hemos llamado trastornos por memoria humoral, aunque no desarrolla el concepto ni da explicación alguna de los mecanismos metapsicológicos que los subtienden³.

Más adelante, finaliza el capítulo sobre la sexualidad infantil (pp. 187 -188), con una enigmática afirmación sobre la posibilidad de que “la excitación transite en las dos direcciones desde la salud a la sexualidad o en dirección contraria”. A la pregunta de Abraham sobre el sentido de esta propuesta, responde Freud que la afirmación es necesariamente vaga por lo desconocido de estos caminos “a través de los cuales los procesos sexuales ejercen un efecto sobre la digestión, la hematopoyesis, etc. es posible que también lo hagan los aflujos benéficos o útiles de algún otro tipo.” Los trastornos de la digestión suelen ser funcionales; pero habla de la hematopoyesis, formación de sangre, y no deja de ser sorprendente que elija algo tal complejo, vital y de total “organicidad” como una de las alteraciones que puede depender de factores emocionales.

No obstante, ya en estudios sobre la histeria, se ha referido a los trastornos somáticos ocurridos en la infancia, como posible fuente de zonas histerógenas. En los textos que acabo de citar añade la posibilidad del camino inverso. Utilizando una metáfora acústica, mente y cuerpo entran en reverberación. Pero hasta donde a mí me consta fue Félix Deutsch, médico personal de Freud hasta el día en que descubrió que le había ocultado la información de que

¹ Amorrortu. Tomo VII de las *Obras Completas*. P.167. Notas 19–20.

² Encontramos en *El libro del ello*, de Georg Groddeck buenos ejemplos de lo que estamos diciendo. No obstante, más allá de estos excesos, debemos a Groddeck, además de bautizar y describir el ello, haberse adelantado genialmente a las concepciones de su época en ésta y otras materias.

³ También intuye aquí, lo que más adelante describiré con la metáfora de la paleta del pintor, en la construcción aberrante secundaria de la expresión somática del afecto.

tenía un cáncer, el primero en formular el término de *fijación somática* desde la infancia. Hablando de fijación somática, ponía nombre y mecanismo, a lo que el propio Freud había descrito con tanta precisión y antelación como acabo de resaltar. En este trabajo desarrollaré algunas ideas sobre estos mecanismos que, en mi opinión, pueden adquirir una enorme complejidad.

A partir de las investigaciones de la Escuela de París, entendemos que la somatización parte de una excitación que actúa traumáticamente desbordando la vida mental y alcanzando el cuerpo. Han convertido en un conocimiento universalmente aceptado en psicósomática, la adscripción de los síntomas somáticos a déficits en la representación de la vida emocional, especialmente en sus aspectos más regresivos, que dejarían las excitaciones elementales actuando libremente. Contaré un ejemplo bastante banal: Un paciente que estoy empezando a tratar por razones totalmente ajenas a su salud física, me comenta que ha tenido un duro enfrentamiento y me asegura que el próximo día que venga a consulta tendrá un herpes labial. Así fue en efecto y siguió ocurriendo durante mucho tiempo, hasta que dejó de ser una sorpresa para mí esta constatación. Tiempo después desapareció la somatización.

Marty nos hizo comprender que la organización que conduce a la neurosis y a los trastornos mentales en general, no son sino delicadas y depuradas formas de realización simbólica de alto valor económico para la estabilidad del individuo. Estos mecanismos que actúan como colchón de las excitaciones, y que en los funcionamientos operatorios son muy escasos y frágiles, son los primeros que sufren la acción traumática. Según nos explica Marty, tras desbordar los niveles mentales, la excitación alcanza las bases somáticas, de una forma autolimitada, personal, como son los fenómenos de regresión somática, o de una forma descontrolada como en los fenómenos de desorganización progresiva, que como sabemos pueden conducir a la muerte.

De esta forma el aparato mental actúa como un complejo sistema paraexcitador. En la visión de Marty la vida preconscious, mitiga los golpes procedentes de las excitaciones pulsionales y de la realidad externa, tanto más eficazmente cuanto más espesor tenga, o dicho de otra forma, cuanto más rico en representaciones y simbolismos esté constituido. Esta función paraexcitadora, calmante, al comienzo de la vida la ejercían quienes nos rodeaban, nos abrazaban, tranquilizaban y finalmente nos calmaban. Progresivamente fuimos siendo capaces de interiorizar esas funciones y de tener una relativa autonomía, desarrollando los mecanismos autocalmantes en la maravillosa complejidad a la que nos hemos referido, y en la que se combinan junto a la normalidad, los mecanismos neuróticos y psicóticos que constituyen nuestra vida mental.

Pero en la vida infantil, no sólo el entorno es necesario para disipar las excitaciones. En la construcción del individuo humano, lo que llamamos la *epigenética*, tiene una enorme importancia. Esto es, aquello que adquirimos en la vida postnatal a través de la relación con el mundo y en especial en las relaciones que mantenemos con nuestros objetos primarios. El psiquismo y el soma se completan en medio de estas relaciones que dejarán profundas huellas.

Como he aclarado antes, cuanto más temprano, más definitivamente quedan marcados los fallos de esta función estructurante del psicósoma que, por la acción generadora que desempeña, más que por quien la realice, llamamos *función materna*. Podríamos definirla como aquella en la que el bebé completa la construcción de su psiquismo y de su soma al lado de un ser humano. Sabemos que la vida psíquica humana comienza a fraguarse en la mente de la madre. Las excitaciones son atenuadas como hemos dicho por la función paraexcitadora materna y después dotadas de sentido y de palabras, para ser devueltas al bebé de tal forma que le permiten construir a partir de ellas su propia vida mental.

Como nos enseñó Michael Fain, dentro de la comprensión del individuo humano como ser psicósomático, hay un momento en el que podemos decir que todavía esto no es así. En el comienzo de la vida, el bebé tiene una sensorio-motricidad bien organizada, pero no podríamos decir que tenga vida mental. El bebé en expresión de M. Fain, es un soma que siente. La madre es la psique, que piensa el sentir del bebé. De esta forma psicósomática, en este momento es un término que se reparten dos individuos diferentes, uno de ellos, exagerando un poco, podríamos decir que sólo tiene vida corporal, el otro sólo vida mental. La madre capta empáticamente el significado de las emociones y tensiones del bebé y las convierte en representaciones, y se las devuelve como significados pensables, ayudándole a construir vida psíquica a partir de sus excitaciones primordiales. Si estas excitaciones no son ni contenidas ni dotadas de sentido sufren destinos patológicos, tanto en el orden mental como en el somático.

En el fracaso típico de esta función, vemos a una madre desbordada, llevando el cuerpo de un bebé agitado de médico en médico en busca de una calma y de un sentido para su queja. No son capaces ni de sosegarla ni de entenderla o incluso consiguen con su propia ansiedad multiplicar la del bebé en lugar de apaciguarla. El bebé sería cuerpo en estado puro. Sensorialidad contenida y calmada por la madre. Esa que he descrito, es la situación más regresiva que podemos imaginar. Más incluso que la más regresiva de las psicosis.

A partir de ella se construye nuestro psico-soma y es el punto de partida, completamente natural, del que todos partimos; pero también es buscada por nosotros en determinados momentos, o incluso es una tendencia permanente en muchas personas que viven de

ordinario en ese estado, contemplando y haciendo contemplar un cuerpo enormemente inestable y frágil. El objetivo en estos casos es volver a ser cuerpo desmentalizado en estado puro. Volver a sentirnos bebés en brazos del amparo materno y nada como la enfermedad nos devuelve a ese estado. Los adultos querrán volver a estas posiciones, los niños y adolescentes se resistirán a salir de ellas.

Sabemos muy bien que se produce una regresión en el enfermar somático. Esta regresión suele tomar dos direcciones. Por una parte, nos infantilizamos volviendo a entregarnos a los cuidados externos. Por otra parte, la que llamamos regresión narcisista, nos lleva a apartar nuestros intereses del mundo para centrarlo en nosotros mismos y más concretamente en nuestro cuerpo. Esto ocurre especialmente en un mundo en que las relaciones familiares y sociales son progresivamente más escasas, discontinuas y profundamente insatisfactorias.

Pero estamos dando un salto del cuerpo a la mente y de la mente al cuerpo, que requiere una mayor explicación. No podemos afirmar con tanta facilidad que el cuerpo responda a los deseos de la mente y que enferme para satisfacer nuestros deseos regresivos. La regresión es la consecuencia del enfermar y lo que aquí estamos afirmando es que puede ser la causa y no la consecuencia. Menos todavía podemos aceptar que el cuerpo se preste a realizar simbólicamente los deseos inconscientes como ocurre en la histeria en la que el cuerpo se convierte en el escenario en el que dramatiza un conflicto mental. Pero el hecho es que estas cosas se producen en la clínica y necesitamos explicarlas sin caer en el delirio o en la banalidad. El estudio de nuestra primera infancia nos ayudará a comprenderlo.

Hemos visto cómo en estos estadios tempranos no existe la distancia entre la vida mental y la somática que se establecerá después. Lo que describiré a continuación deja bien a las claras esta realidad, con el estudio que abracará desde los cuadros más frecuentes y leves como el cólico del primer trimestre, hasta lo más dramático como la muerte. Para ello haremos un recorrido histórico que nos irá familiarizando con los conceptos tal como se fueron produciendo. Recurriré a las ideas de René Spitz, que nos ha enseñado hasta qué punto es cierta la influencia del afecto en la salud, a través de la observación de bebés. Nos describió la depresión anaclítica y en su extremo la muerte por marasmo en las privaciones afectivas severas. Lógicamente, entre la muerte en un extremo y el niño sano en el otro, habrá toda una gradación tanto cuantitativa como cualitativa, de las consecuencias negativas y positivas del acompañamiento emocional del bebé.

Quizá nos resulte difícil aceptar que los afectos puedan tener una tal importancia. Deberé realizar un breve recorrido por el desarrollo filogenético. Ya Maslow había observado la necesidad del contacto materno en los bebés de macacus rhesus y las profundas consecuencias de las privaciones. Pero no alcanzaban en ellos los extremos de gravedad que

estas privaciones adquieren en el bebé humano. Marty nos ha familiarizado con la idea de que la psicósomática es un cierto lugar de encuentro entre el psicoanálisis y el evolucionismo darwiniano.⁴

Nos enfrentamos al hecho de que cuanto más evolucionada sea una especie animal, cuanto más alto sea el nivel en que se encuentra en la escala biológica, tanto más influirán en su construcción final los términos amor y cultura. Sorprendentemente estos términos no se utilizan sólo para los humanos, aunque en ellos alcanzan una proporción incomparable, dado que ocupamos la cima de la evolución. El desarrollo de ambos es la clave para que se produzca el clima en el que es posible el desarrollo de un decisivo factor epigenético. Veamos cuales son las razones de su existencia.

La expresión "cultura" tan ligada a lo humano, y en el que ha encontrado tan altas cimas, se encuentra también en la biología para designar aquellas adquisiciones transmitidas por aprendizaje y no por herencia. Esto es, por la epigenética y no por la genética. Constituyen un patrimonio logrado por los individuos de un grupo determinado de esa especie y no de toda ella como en la transmisión genética. Habrá pautas de comportamiento y habilidades que se transmiten en la educación y que por tanto no van en el equipamiento genético. Los padres lo han descubierto o a su vez lo han aprendido de los suyos y así lo enseñan a sus descendientes. Estos lo adquieren al verlo practicar, por imitación o identificación.

A esto se llama cultura, en la especie que sea. Explicaré la ventaja evolutiva: tendrían que pasar cientos o miles de años para que la selección natural transmitiese una característica beneficiosa por vía genética, a través de la muerte de los que no poseyeran este conocimiento, y la supervivencia y transmisión de aquellos que la tuvieran. Poder adquirirlo en forma directa por aprendizaje, supone una ventaja evolutiva de incalculables proporciones, se trate de la especie de la que se trate. En las especies superiores, los hijos pasan mucho tiempo junto a sus padres y son instruidos minuciosamente además de ser cuidados, protegidos y amados hasta el riesgo de la propia vida.

Es evidente que en el humano esto se da en una proporción incomparable. Igualmente, la inmadurez con la que nacemos en relación con otras especies, supone otra ventaja evolutiva de primer orden, ya que terminamos de construirnos en relación con el entorno, y adquirimos adaptaciones muy específicas aprendidas por los padres a cuyo lado permanecemos durante muchos años. Pero estas claras ventajas, dejan mucha tarea, quizá demasiada, al albur de la azarosa función materna y a veces pagamos un caro tributo por tenerlas.

⁴ Pierre Marty. En la introducción de su obra *La psicósomática del adulto* afirma que la psicósomática es tributaria tanto del psicoanálisis como del evolucionismo darwiniano.

Enmarcada por las organizaciones funcionales conducidas por la filogénesis de carácter general, el resultado terminará siendo diferente en función de las peculiaridades del encuentro de la genética con la función materna, quedando dicho resultado inscrito dentro de la relativa plasticidad de lo compatible con la vida. Algunas acciones del entorno, en especial algunas carencias, son incompatibles con la continuidad de la vida, otras la deforman solamente.

René Spitz ha estudiado muy bien los estados carenciales tempranos y sus consecuencias. Nos demostró que la acción del contacto amoroso maternal es fundamental para la supervivencia del bebé. En 1946 publica un libro titulado "Psychoanalytic Study of the Child", donde introduce la noción de depresión en el mundo del niño, con características diferentes de las concepciones habituales, y desde luego mucho más en línea con lo que Marty describió años más tarde como la depresión esencial que encontramos en el adulto enfermo o en riesgo de estarlo. No tiene nada que ver con la depresión colérica del melancólico, sino que se trata de un apagamiento de la vida. Me parece evidente la relación que existe entre la depresión anaclítica descrita por Spitz y la depresión esencial de Marty, en aquellas personas aquejadas de pensamiento operatorio y de déficits importantes en la representación de sus afectos, sin apenas vida emocional, más allá de la cruda expresión de la vida pulsional y de la frecuente aparición de cuadros somáticos.

Igualmente considero que hay una gran correlación entre la muerte por marasmo descrita por Spitz en los bebés deprivados afectivamente, y la desorganización progresiva potencialmente mortal de Marty en el adulto y de las condiciones en las que una y otra se fraguan durante la primera infancia, dado que la desorganización progresiva traduce las consecuencias que dichas fragilidades van a tener en la salud del adulto. Hay un claro paralelismo de estos dos conceptos, el de Spitz en la infancia y el de Marty en la vida del adulto. Como veremos no serán los únicos.

René Spitz obtiene su aprendizaje en el mundo institucional. Concretamente en las instituciones penitenciarias, donde en los años 50, por ley los bebés sólo podían ser cuidados directamente por sus madres durante los cuatro primeros meses. Transcurrido este período de tiempo, eran separados de ellas y criados en una institución donde recibían una atención excelente desde el punto de vista de sus cuidados físicos, no obstante lo cual, algunos bebés morían antes de cumplir el primer año de vida. Cuando sobrevivían a esa edad, tanto física como mentalmente no habían superado en el mejor de los casos el desarrollo del 5º mes de un niño normal. Todo ello a pesar de recibir los cuidados y atenciones adecuados, concernientes a la alimentación e higiene.

Como señalaba antes, hay consecuencias más leves y corrientes de los pequeños fallos que vamos a estudiar brevemente. El más común es el cólico de primer trimestre, de una

enorme frecuencia. Es el primer y más frecuente síndrome psicossomático que conocemos. René Spitz lo ligó a lo que él definía como *solicitud ansiosa primaria* de la madre. Estas madres están pendientes de cualquier posible necesidad del bebé, para satisfacerla inmediatamente o incluso adelantándose a su previsible aparición. No toleran la más mínima frustración. Cuando el bebé abre la boca le meten el pezón dentro o un biberón. Esta mezcla de leche y ansiedad se manifiesta difícil de digerir, dando lugar al citado cólico, cuyo remedio habitual será más leche con ansiedad.⁵

Sabemos que un cierto grado de frustración es necesario para que se desarrolle la vida mental. El bebé ante la frustración desarrolla procesos alucinatorios que proporcionan una satisfacción temporal de gran importancia. Este recurso es la primera defensa frente al dolor mental y el primer acto de pensamiento. De no producirse se derivan dos consecuencias: la primera, una excesiva dependencia del objeto externo. La segunda la falta de desarrollo del pensamiento en el momento que debió aparecer y la descarga de ansiedad en forma somática. Esta somatización será la primera, pero no la única. Tendremos aquí el germen de la carencia de representación mental y la emergencia de lo somático en sustitución de la actividad psíquica. La atención de las necesidades tomará la dirección del cuerpo y a veces allí se quedará.

En el año 1959 René Spitz publica en el prólogo de un pequeño e interesante libro que tituló *La formación del Yo. Una teoría genética de campo*, las que consideraba ideas derivadas del marco conceptual establecido por Freud, sobre su supuesto inicial de que no existe una separación radical, sino una continuidad entre lo psíquico y lo somático. Pone de relieve el factor genético, pero sobre todo epigenético de los fenómenos psíquicos, y describe tres grandes organizadores, término que extrae igualmente de la embriología conducida por la genética. El primer organizador es la sonrisa de contacto y reconocimiento humano que aparece en el primer trimestre de la vida del bebé.

El segundo organizador es la angustia del octavo mes, que inaugura el momento en el que el bebé toma conciencia de su existencia separada e individualizada, esto es, de su radical soledad. La adquisición de esta vivencia de soledad es en ocasiones muy difícil para ambos miembros de la pareja simbiótica originaria. No habría espacio en este trabajo para describir las posibles maneras en que la angustia puede alterar el proceso que conduce a esta adquisición. Diré sólo que la perturbación del dormir, que es un momento de separación y de

⁵ Desde otro punto de vista, en esos momentos primeros de indiferenciación, la madre, a través de la identificación proyectiva, coloca su propia ansiedad-hambre dentro del bebé. De esta manera, podríamos decir que mientras llena su estómago de leche llena su mente de hambre, cuestión que no ocurrirá sin consecuencias.

autonomía del bebé, es una de las más frecuentes consecuencias de esta dificultad. También esta perturbación del dormir acompaña a algunas personas durante toda su vida.

Señalaré ahora la tercera deuda, completamente reconocida, de Marty hacia las observaciones de Spitz. Marty describe lo que llama la relación de objeto alérgica. Encuentra en estos individuos funcionamientos fusionales. Para ellos profundamente, no parece existir la representación mental de su existencia separada. En ellos cada vez que la realidad les enfrenta con una separación afectivamente importante, en lugar de experimentar un sufrimiento mental o tristeza, aparece una reacción alérgica o un fallo de su sistema inmunitario. Marty asocia la relación de objeto alérgica y la consiguiente fragilidad del sistema inmunitario, con la ausencia del segundo organizador de René Spitz, a saber, la reacción de angustia ante el extraño del octavo mes. Se habría producido un fallo grave en los procesos de separación-individuación que conduce a que encontremos en estos individuos una especial dificultad para concebir su existencia diferenciada de los otros.

El tercer organizador es la capacidad para decir no. Aparece de la mano del lenguaje al final del segundo año de la vida, y es fundamental para apuntalar y reforzar el incipiente Yo del bebé, que, aunque ya lo hemos visto aparecer con anterioridad, inicia así un período de franca consolidación. Gerard Szvec en sus últimos trabajos ha dado cuenta de las carencias de estos movimientos de autoafirmación en los pequeños asmáticos. Dada la lógica de los procesos de somatización ligados a la incapacidad de adquirir las bases primarias de la autonomía en relación con los objetos primarios, no nos sorprende este hallazgo.

Desde la primera infancia aparecen las más diversas manifestaciones de tipo alérgico, asma, problemas dermatológicos o intolerancias alimentarias de todo tipo, que dan cuenta de la reactividad del sistema inmunitario desde el comienzo de la vida. Desde entonces vemos la frecuencia con la que estas reacciones están ligadas un proceso de diferenciación imposible de establecer.⁶

Sobre la base de lo que hemos entendido de la psicósomática en la vida infantil, trataremos de comprender las consecuencias sobre la salud del adolescente, y los nuevos retos a los que debe enfrentarse. La adolescencia supone un punto de inflexión en la organización psicósomática y finalmente de consolidación de las estructuras fraguadas en la infancia, en no menor medida que lo es en la vida mental. Dos cuestiones centran la conflictiva de esta etapa de la vida con amplia repercusión en el devenir de nuestra salud física y mental: La

⁶ Joyce McDougall en su libro *Teatros del cuerpo*, titula un capítulo del mismo *Un cuerpo para dos*. Se trata de una paciente que ha sufrido alergias muy graves desde niña y el título que le da al capítulo deja bien a las claras la dificultad en este caso para concebir una existencia separada. Aunque su esquema conceptual se aleje tanto del aquí expuesto, la clínica lo unifica todo.

primera tiene que ver con los logros en la separación-individuación cuyo éxito o fracaso se consolida en esta etapa y está muy condicionado por las anteriores. Es el núcleo duro de lo que llamamos el proceso adolescente. La segunda es la emergencia de una excitación sexual tan intensa y a veces tan mal representada, que desmonta los equilibrios mantenidos durante la infancia y la latencia, y pone en jaque toda la estructuración psíquica y somática.

Veamos la primera. La elaboración de la conflictiva adolescente conduce a la adquisición de una autonomía a veces imposible. Le cuesta al adolescente avanzar hacia la independencia. En continuidad con las dependencias infantiles, el cuerpo enfermo se convierte en muchos casos en el vínculo que mantiene la unión fusional. Para muchos adolescentes de escasa mentalización es el único vínculo posible. En otros aparece matizando funcionamientos neuróticos en una confusa superposición de una caracteropatía de corte histérico y la somatización.

Como ejemplo comentaré el tratamiento de una adolescente muy regresiva que padecía gastralgias, colon irritable e intolerancias alimentarias que hacían que recibiera una alimentación y cuidados especiales. Decía su madre que se ponía tan malita, que a veces le tenía que dar la comida en la boca a pesar de sus 16 años. Para su madre siempre había sido una niña muy especial, con unas tensiones imposibles de calmar ni de entender. Desde bebé fue tan irascible que no había forma de que se tranquilizase. Vivió entregada a su cuidado a pesar de que nació un hermanito cuando contaba dos años y del que apenas se pudo ocupar. Simultáneamente a esta crispación constante, había sufrido y sufría cefaleas, estaba permanentemente acatarrada, tenía fiebres mal filiadas, anemia, astenia, y estaba permanentemente necesitando de las atenciones de los médicos y de una madre desbordada. Padecía además una dermatitis atópica que en su adolescencia se recrudeció.

Igualmente me viene a la memoria un cuadro de psoriasis muy severo con obesidad cercana a lo mórbido y un intenso apego a la madre. Se planteó la posibilidad de una estancia en Inglaterra. Con no poca dificultad accedieron a llevarlo a cabo. Cuando pasado el año y ya de vuelta en su casa vino a mi consulta, no conseguí reconocerla. Volvía a mi despacho desde la sala de espera, cuando me llama una hermosa jovencita a la que finalmente conseguí identificar a pesar de que había desaparecido la obesidad y que su piel estaba totalmente limpia. Lamentablemente al poco tiempo había vuelto a recaer, pero ya no hubo opción a ninguna intervención, ni permitieron ningún tipo alguno de ayuda terapéutica.

Despegar a los adolescentes de estas maternidades es a veces misión imposible. Como sabemos, tendencias regresivas, narcisismo y recurso a la acción, son el centro de la conflictiva en los adolescentes. En ello coinciden en buena medida con el funcionamiento

operatorio⁷. A todo esto, se añade el segundo factor comentado, el incremento de excitación propio de la pubertad, y el desequilibrio entre excitación y representación al que da lugar este incremento.

Por otra parte, la realización de los deseos sexuales y de pareja es una de las fuerzas más poderosas para la disolución de la simbiosis. La sexualidad queda abolida y el cuerpo que la subtiende sufre las consecuencias. Aparecen fuertes emergencias de libido desligada que contribuyen a que sea un momento de una gran inestabilidad psicosomática. Como dice Jean Laplanche, "muchacha excitación y poca libido".

Pueden aparecer fenómenos de regresión somática, como he señalado en el primero de los casos anteriores, como las gastritis, cefaleas, cuadros infecciosos de repetición, y un largo etc. ligados habitualmente a caracteropatías regresivas. Pero son también muy frecuentes fallos más o menos generalizados del sistema inmunológico, con manifestaciones sistémicas osteoarticulares, neurológicas, dermatológicas, tumorales, etc. y no es raro ver aparecer diabetes, asma, colitis ulcerosa, alergias, etc, esto es, los grandes síndromes de la medicina psicosomática.

Pueden producirse cuadros combinados, en los que la somatización, a veces grave, aparece en un escenario de características claramente histéricas, en el que se mezclan los orígenes regresivos con una excitación sexual imposible de reconocer y de vivir como tal, dado que se produce en medio de una relación totalmente fusional. Daré un ejemplo: un adolescente asmático, jadea junto a su madre, asmática también, sentados ambos en la sala de su casa en mitad de la noche. El chico está férreamente unido a su madre, que le ha "traicionado" casándose en segundas nupcias después de haber enviudado de su padre. Mientras ellos jadean en la sala, el nuevo marido, duerme solo en la habitación de al lado. Parece una escenificación histérica del goce incestuoso y quizá de la expiación y la culpa, pero hay un verdadero cuadro asmático con broncoespasmo, intenso tiraje y con todos los signos clínicos de la enfermedad, de los que por otra parte salen gracias a los corticoides y broncodilatadores.

En esta misma línea comentaré el caso de otra adolescente que padecía alopecia universal. Ha dormido en el lecho de los padres, metida en la cama entre los dos, hasta los 16 años. Tenía una relación extremadamente simbiótica con la madre acompañada de una estricta censura en materia sexual o de cualquier tipo de autonomía. La aparición de caracteres

⁷ En los pacientes operatorios encontramos una particular fragilidad narcisista que les impide tomar contacto con su vida emocional en la medida que los afectos son vividos como una debilidad. Los definimos como estructuras de Yo ideal. A esta fragilidad se suma la del sufrimiento narcisista típico del adolescente con una identidad en construcción. Todo ello hace que estos pacientes vivan la indiferenciación como un paraguas identitario, que les protege de estos sufrimientos.

sexuales secundarios y la menarquia desencadenaron severas consecuencias en la relación con la madre y el padre que vigilaban estrechamente sus movimientos supuestamente por si algún chico la quería molestar. Apareció la alopecia universal en el momento en que comenzaba a tener una cierta vida social a los diecisiete años y se fijó en un chico. Este síntoma la recluyó de nuevo, después de un tímido intento de apertura al mundo que naufragó en la somatización. Vivía prácticamente encerrada en su casa supuestamente para no ser vista con su minusvalía.

Darí la impresión de que estos movimientos hacia el erotismo y hacia la vida, eran saldados con movimientos regresivos de un cuerpo que ha aprendido como convertirse de nuevo en una niña sin vello ni atractivo, bien defendida de angustias de separación y de castración.⁸ Es difícil pensar que esta expresión somática no tenga que ver con la severa represión de la emergencia de la sexualidad que comprometía una vinculación edípica y con la estructura familiar fusional tan evidentes. Por otra parte, el análisis no sólo modificó la dirección que tomaba su vida, sino también una somatización cuyo tratamiento había sido intentado sin éxito con corticoides incluso inyectados en el cuero cabelludo (aunque la alopecia se hace universal a los 17 años, había sufrido pequeñas zonas de alopecia desde la pubertad).

La alopecia es una manifestación somática evidente, a la vez que como síntoma se aviene muy bien a realizar simbólicamente una regresión a la época infantil sin vello genital y a abolir el pelo como expresivo de la belleza y seducción femeninas, severamente censuradas y rodeadas de una intensa angustia en ese entorno tan incestuosamente erotizado, al tiempo que sirve a propósitos regresivos de encierro en el hogar. Lo mismo ocurre con el escenario edípico del asma descrito antes, o con la obesidad y el cuadro de psoriasis. Nos resulta sospechosa una tal contribución del cuerpo a las necesidades de quien lo habita.

Eso contradice nuestras teorías. A veces contribuyen, por ejemplo, con la obesidad, a alejar a la odiosa sexualidad que les crea más problemas que satisfacciones. Pero de allí a tener un cuerpo lleno de escamas blancas de psoriasis imposible de acariciar para nadie que no sea la madre, una alopecia universal o un asma hay una distancia. Creíamos con Michel de M'Uzan

⁸Por otra parte, esto pudo ser constatado a lo largo del análisis. En este caso sí me fue posible completar un proceso analítico. Pudo desbloquear esta situación regresiva, terminar sus estudios, organizar su vida profesional, casarse y ser madre, en un proceso que duró seis años. A lo largo de los mismos recuperó el vello; primero en el cuerpo, luego en la cabeza. Pero cada vez que daba uno de los pasos señalados tanto en su autonomía, finalización de estudios, trabajo, vida independiente, como en el plano genital, ir de vacaciones con su novio, casarse o quedar embarazada, sufría un episodio de alopecia, del que después se recuperaba. No dejaba duda sobre la naturaleza de las angustias tanto de castración como de separación, en cualquier caso llenas de sentido, a las que estaban vinculadas estas expresiones somáticas.

que el cuerpo no podía ser tan listo como para poder hacer somatizaciones de significado simbólico. Vemos que es posible, por más que contradiga nuestra razón y que asistamos permanentemente a todo tipo de excesos en la interpretación de estos cuadros.

Cómo será posible entonces que esto ocurra en la clínica. Mi idea es que nuestro psicósoma se construye utilizando en ocasiones las manifestaciones físicas desde la mente, como un pintor toma los colores de su paleta con su pincel y dibuja un cuadro. Recuerdo ahora la frase textual de Freud de la página 3 de este trabajo: "Si (ese niño) más tarde contrae una neurosis, cobran una influencia determinante sobre su expresión sintomática y ponen a su disposición toda la suma de los trastornos intestinales". Desde la memoria humoral tomada como la paleta del pintor, podremos seleccionar y repetir somatizaciones que se avengan a representar las escenas que necesitamos vivir, junto con la expiación a veces dolorosa de la culpa.

Para explicar estos procesos de somatización, pensé en la noción de trastornos por memoria humoral. Este mecanismo parte de otra constatación empírica, consistente en que, aparecido un síntoma, nuestro cuerpo sabrá como repetirlo. Como ejemplo, podemos comentar la siguiente experiencia. Se expone a alguien al contacto de la piel con una planta urticariante, con lo que provocamos una reacción de picor, inflamación y enrojecimiento. Desaparecida la reacción, se vuelve a exponer al mismo sujeto al contacto, con otra planta de aspecto similar, pero no posee la capacidad de irritar la piel. Por ejemplo, una hoja de ortiga y otra de alcachofa. Siempre y cuando la persona sometida a la experiencia no sea capaz de advertir la diferencia, y sea lo suficiente sugestionable, se obtiene la reacción descrita. Se han realizado múltiples experiencias de este tipo. También se suele dar el ejemplo de que un ramo de flores de plástico puede desencadenar una reacción alérgica y lo cierto es que el plástico no produce polen.

El cuerpo sabe cómo hacer algo y lo hace; pero lo mismo que puede hacer por una sugestión inducida experimentalmente, lo puede hacer espontáneamente desde organizaciones inconscientes. Según lo entiendo, lo hará ligado a determinadas experiencias, a las que se ha vinculado en el desarrollo individual. De la misma manera que los afectos y pulsiones, como estudiaremos más adelante, tienen una expresión mental y una somática, los síntomas tomarán el relevo de la expresión somática, cuando las representaciones mentales o la expresión somática a la que están llamados sean inviables, insuficientes o mal construidas. En otras palabras, podemos utilizar un repertorio de somatizaciones, que nuestro psicósoma ha adquirido en su historia personal, para expresar aquello que es inexpresable de otra forma, porque esté mal construido en lo que hemos denominado función materna, o

porque posteriormente traumatismos psíquicos han desligado y se han vuelto a ligar equivocadamente.

Los problemas de representación mental son muy amplios. Tanto como las dificultades de la función materna para dotar de sentido a las distintas emociones del bebé, no sólo a la sexual; El cuerpo toma el relevo de la mente en la respuesta. Pero los ejemplos podrían ser tantos como los diferentes afectos y pulsiones y las diferentes constelaciones de la genética, la función materna y el azar. O sea, infinitos. Pero no es el deseo el que hace surgir la somatización, esto ya hemos dicho que era imposible, sino que la somatización ha ocurrido por azar en algún momento, y es en la medida que la enfermedad se aviene a representar algo interesante desde el punto de vista pulsional-afectivo que se reactiva su emergencia. Probablemente no es muy diferente de lo que Freud describe como *complacencia somática de órgano*, e incluso podría ser esta la explicación de esa extraña construcción.

Pero no sólo podemos encontrar su origen en la historia individual. De la misma manera que Freud decía que la histeria se adquiere en la historia personal y los afectos son expresiones adquiridas a través del desarrollo de la especie, de la filogénesis, algunos síntomas somáticos podrían ser adquisiciones construidas a través de la historia de la especie. La constancia en la aparición de algunos cuadros somáticos me hizo pensar en sistemas más o menos marcados por la filogénesis ante el fracaso sistemático de vivenciar una determinada representación. La conocida relación entre el asma y la relación de objeto alérgica, por ejemplo, tiene que ver con la falta de representación de la ausencia. Parece una respuesta excesivamente constante para pensar que se trate de una creación individual.

Habría muchos cuadros clínicos que se podrían entender de esta manera. El acné tan común en la adolescencia es otro de ellos. Se ve con mucha frecuencia en muchachos de una timidez extrema y no es infrecuente que les aisle en mayor o menor medida en su hogar. Se podría pensar si no es una forma más grave y peor representada, del rubor al que me refería antes, tan normal en el adolescente poco acostumbrado a vivir y disimular el erotismo, como lo estará más adelante. Son respuestas aberrantes casi universales ante un déficit específico o una desligadura, temporal o no de la representación; pero que por la constancia de su aparición clínica nos hacen pensar en un *fallo marcado por la filogénesis*, que pondría de manifiesto siempre que la construcción normal del afecto o la pulsión fracasasen. La expresión somática ocupa en mayor o menor medida, pero siempre parcialmente, el afecto faltante. Llamé a este mecanismo, *construcción aberrante primaria del afecto*. Es primaria en tanto que procede de la filogénesis, como los afectos. Podría ser despertada o no su aparición por las vicisitudes de la vida, pero su manifestación es tan similar en todos que nos hace pensar que camina por senderos ya trazados de antemano.

Otro mecanismo de trastorno por memoria humoral es la neoformación de respuesta somática, a través de una construcción ocurrida durante la vida, especialmente la vida infantil. Esto es, se produce una ligadura de la representación, a un *trastorno somático ocurrido en la historia del individuo*. Tal trastorno, se volverá a producir cuando se repita la vivencia a la que se ligó. Sería este un mecanismo más cercano a la histeria; pero con lesión somática. Podríamos llamarlo *construcción aberrante secundaria* y en él, la historicidad debe ser buscada especialmente, si bien en todos los trastornos somáticos, por las razones expuestas, es un factor de primer orden.

En el primer mecanismo del trastorno por memoria humoral, la construcción aberrante primaria, nos encontramos en el lugar que debería ocupar un afecto o una pulsión, con una expresión somática equivocada, desviada, que se ha creado a lo largo de la filogénesis, en paralelo y como alternativa anómala al afecto normal, si esta construcción fracasa o su manifestación es abolida. El segundo mecanismo, la construcción aberrante secundaria, corresponde de una manera preponderante al desarrollo individual, como sucede en la histeria, y en él podemos encontrar todo tipo de simbolismos.

Estamos hablando de la construcción aberrante de los afectos y esto nos obliga a hacer una reflexión sobre su naturaleza. Hemos dicho que el afecto para Freud es una construcción filogenética. De hecho trasciende al individuo, constituyendo una fuerza poderosamente anclada en lo biológico y conduciendo nuestros destinos a través de la vivencia placentera o displacentera que adquieren en general y de infinitas tonalidades y matices. Es la parte más anclada en lo biológico de nuestra vida mental, como podremos ver en lo que voy a exponer ahora y está profundamente arraigada en nuestros movimientos pulsionales, dirigiendo sus destinos y con ello los nuestros.

La vida instintiva origen de nuestras pulsiones en las que deja una profunda huella, es el ejemplo más evidente de intrincación de lo mental inaprehensible en lo somático. Darwin decía que los instintos son tan específicos de cada especie y tan decisivos para su supervivencia, como su morfología corporal o la bioquímica de sus funciones biológicas. Freud por su parte decía que las pulsiones están en el límite entre lo mental y lo somático. Trataremos ahora de estudiar ese límite.

Para Freud la pulsión es incognoscible directamente y sólo tenemos noticia de ella por sus manifestaciones, a las que llama sus representantes, a saber, el representante representativo y el representante afectivo. El primero está constituido por la huella mnémica que dejaron las primeras experiencias de satisfacción, que cancelaron una excitación o deseo específico. Esta huella mnémica está ligada exclusivamente a lo mental y la que llama representante representativo. El segundo representante de la pulsión está constituido por la emoción que

provocó y acompañó dicha experiencia y tiene un componente mental, vivencial y otro corporal, al que llama representante afectivo.

Los afectos, según nos aclaró Freud, constituyen la parte energética y lo más somático de la pulsión. La representación, si no es aceptable, puede tener los más diversos destinos. Puede ser reprimida, forcluida, desplazada, negada, y un largo etc. Disponemos de recursos para manejar con relativa facilidad el destino de las representaciones.

Los afectos son otra cosa. Aunque sabemos que también participan de una cierta representación, podemos pensar sobre ellos, constituyen más específicamente aquello que se manifestará por vía somática. Por tanto, el afecto no es tan maleable como la representación, y debe manifestarse necesariamente. El afecto afecta. No puede ser de otro modo. La tristeza, por ejemplo, además de responder a determinantes bien comprensibles para quienes la sienten y para quienes lo contemplan, está ligada a manifestaciones somáticas, algunas evidentes como las lágrimas, perfectamente biológicas, otras no tanto como las alteraciones del metabolismo de la serotonina y otros neurotransmisores bien estudiados en la tristeza crónica que llamamos depresión. El hecho de que pueda haber causas inconscientes que desencadenan la depresión, puede darnos la falsa impresión de que los neurotransmisores crean la tristeza y no al revés, lo mismo que sería absurdo pensar que son las lágrimas las que producen la tristeza y no la tristeza las lágrimas, como es bien evidente.

La alegría también tendrá su expresión anímica y su descarga somática específica. Conocemos bien los movimientos convulsivos típicos de la risa, acompañados de una fonación determinada y de un inconfundible estado de ánimo. Tendrá desencadenantes específicos que nos afectan a todos de una manera similar. Se habla de que está ligada a aparición de determinados neurotransmisores y de la acción habitualmente benefactora, que tiene sobre nuestra salud. Lo mismo podemos decir de otros estados afectivos como la sensación de hambre o la excitación sexual y otras emociones. Todas ellas tienen desencadenantes internos y externos, bien reconocibles y van acompañados de descargas somáticas totalmente específicas que incluyen reacciones glandulares perfectamente reconocibles, como la secreción saliva y jugos gástricos o lubricación de los genitales y activación de neurotransmisores específicos, unos conocidos y otros no por el momento. En todas las emociones pasa lo mismo. Podemos temblar de miedo, estar rojos de ira o tener taquicardia por un susto. La vida afectiva es psicósomática.

Con el afecto no podemos arreglárnoslas tan bien como con las representaciones a las que enviamos a lo inconsciente o que nos deshacernos de ellas como hemos dicho por tantos e ingeniosos medios. Pero ¿Qué podemos hacer con las manifestaciones somáticas que necesariamente las acompañan? Hemos hablado de las construcciones aberrantes de las

manifestaciones afectivas. Ahora vamos a hablar de otra más universal. Hay uno de los afectos cuyo estudio nos va a ayudar a comprender el funcionamiento de nuestro psicosoma. Es un verdadero paradigma de muestra estructura psicosomática. Se trata del afecto angustia al que le vamos a dedicar una cierta atención.

Aparece como una tensión sin representación mental reconocible. Eso es la angustia. Es absolutamente inquietante puesto que la función primordial de nuestro aparato mental es la de darnos cuenta de la naturaleza de nuestro mundo externo e interno y la angustia es la constatación del fracaso en conseguirlo. En el límite de lo normal y lo patológico, por la enorme frecuencia de su presencia en nuestras vidas, y por la utilización que hace de ella el aparato mental como señal general de alarma, la angustia aparecerá en el lugar que debiera ocupar una emoción inaceptable o mal representada, o cuando, aun bien conocida, desborda en intensidad las posibilidades de contención del aparato mental. La expresión somática que acompaña a la angustia es tan variada que agotaría la extensión de este trabajo describirla. No hay órgano que se salve de la posibilidad de sufrir alguna alteración ligada al afecto angustia. Desde la piel con sudoración, pilo erección, rubor o palidez, picores, etc., sequedad de boca, taquicardia, polipnea, disnea respiratoria, diarrea, hipertonía muscular, miosis o midriasis de la pupila, vértigos, acúfenos, mareos, y un largo etc.

Como decía antes, en ocasiones estas manifestaciones somáticas, bien acompañadas de angustia, o bien apareciendo como somatizaciones aisladas de emoción, ocupan el lugar de las emociones que no han podido ser reconocidas como tales. Los movimientos defensivos han tenido una tal eficacia que sólo han permitido que aflore la carga somática del afecto, y la forma somática en la que se manifiestan, no siempre nos da pistas sobre su conexión emocional. La historia de su aparición muchas veces nos ayuda a conectarlas con las emociones que hubieran debido surgir en ese momento y no lo hicieron.

Pero en muchas ocasiones no se trata de eficacia defensiva sino de un defecto de construcción de la vida afectiva durante el proceso que acabamos de describir como función materna. Por ejemplo, la tristeza producida por la vivencia de desamparo, los celos, etc. que en los niños adquiere tintes desgarradores, puede ser insoportable para su entorno. Será difícil sin esa función materna adecuada, que esa u otras muchas emociones sean reconocidas y que se ligen a las respuestas somáticas adecuadas.

Hay tres momentos decisivos para el futuro del psiquismo en los que aparece la angustia. El primero es la angustia ante el extraño del octavo mes, también llamada fobia primaria, descrita por R. Spitz a la que ya me he referido, así como a sus consecuencias sobre el sistema inmunitario. La falta de reacción de angustia parece estar en relación con el déficit de

representación de la separación, de la soledad y de la acción del tercero, obviamente de un tercero pre edípico, que marca la separación de la díada primaria madre-hijo.

El segundo momento es la angustia del comienzo de la latencia, consecuencia de la intensa acción de la represión de la sexualidad infantil y tan importante como elemento fundante de las sublimaciones, el aprendizaje y la socialización que se desarrollan a costa de la libido reprimida e invertida en dicho proceso. De los fallos en la represión nos dan cuenta las fobias tan típicas de esta etapa de la vida. Tanto que las consideramos casi normales. También es un momento crítico para la salud física.

El tercer momento de emergencia de angustia es la adolescencia. Los factores en juego son el exceso de excitación, el factor sorpresa y la acción de un intenso clivaje, esenciales para entender la angustia y las somatizaciones de la adolescencia. Su estudio está vinculado al descubrimiento del psicoanálisis. Desde los comienzos de la teoría psicoanalítica, con el caso Emma del Proyecto de psicología para neurólogos, la adolescencia y más concretamente los problemas de *après coup* que se dan en ella, han ocupado un papel central.

Desde ese fondo de excitación mal reconocida, peor representada o en el mejor de los casos sencillamente reprimida, la vida del adolescente se convertirá en una fuente constante de *après coups*, que reactivarán esos núcleos de sexualidad infantil inconsciente, que persisten a lo largo del tiempo, por no decir de por vida, sumidos en un profundo clivaje. Estos mecanismos son especialmente activos en la adolescencia, pero toda nuestra vida está siendo permanentemente reorganizada y resignificada, en un permanente *après coup*.

Freud comprendió perfectamente el potencial deletéreo de los afectos, hasta el punto de colocarlos en el centro de la vida mental. Toda ella está al servicio de mantener una relativa estabilidad en el desarrollo del afecto. En muchos casos para impedir su desarrollo y en otros para desplazar su ligadura a representaciones aceptables. Las neurosis, las psicosis o cualquier patología se construyen en torno a la evitación de emociones inaceptables. Alrededor de ese juego con los afectos construyó una consistente teoría explicativa de la vida mental. El intuyó y nosotros sabemos que están en el centro de nuestros movimientos de vida y de muerte. Ahora sabemos un poco más sobre la forma en la que esto ocurre.

Año 2020, N° 27

Resumen

Se revisa en el trabajo la formación, desarrollo y consolidación de las estructuras básicas del funcionamiento psicosomático. Las enfermedades de la infancia y adolescencia aportan un excelente campo de observación. Se estudian a partir de las raíces freudianas, y las observaciones clínicas de René Spitz, que junto con el evolucionismo Darwiniano, son la base para los estudios de Pierre Marty quien, desde estas estructuras conceptuales y empíricas, aporta los fundamentos metapsicológicos de la psicosomática actual. A partir de estas bases se desarrollarán algunas concepciones sobre la metapsicología del afecto y las perturbaciones de su desarrollo, altamente congruentes con la clínica con la que se ejemplifican los conceptos expuestos.

Descriptores

Memoria, Psicosomática, Fijación, Depresión, Afecto, Relación de Objeto, Alergia

The Body, its Health and its Illness in Childhood and Adolescence

Abstract

The training, development and consolidation of the basic structures of psychosomatic functioning is reviewed at work. Childhood and adolescent diseases provide an excellent field of observation. They are studied on the basis of Freudian roots, and the clinical observations of René Spitz, which together with Darwinian Evolutionism, are the basis for the studies of Pierre Marty who, from these conceptual and empirical structures, provides the metapsychological foundations of current psychosomatics. From these bases will develop some conceptions about the metapsychology of affection and the disturbances of its development, highly consistent with the clinic with which the concepts presented are exemplified.

Descriptors

Memory, Psychosomatic, Fixation, Depression, Affect, Object Relationship, Allergy

Le corps, sa santé et sa maladie dans l'enfance et l'adolescence

Résumé

Il est étudié dans ce travail la formation, le développement et la consolidation des structures de base du fonctionnement psychosomatique. Les maladies de l'enfance et de l'adolescence constituent un excellent champ d'observation. Elles sont étudiées à partir des racines freudiennes et des observations cliniques de René Spitz que, avec l'évolutionnisme darwinien, sont à la base des études de Pierre Marty qui, à partir de ces structures conceptuelles et empiriques, fournit les fondements métapsychologiques de la psychosomatique actuelle. A partir de ces bases, quelques conceptions sur la métapsychologie de l'affect et les perturbations de son développement, seront examinées. On pourra voir qu'ils sont très en accord avec la clinique avec laquelle les concepts exposés sont illustrés.

Mots clés

Mémoire, psychosomatique, fixation, dépression, affect, relation d'objet, allergie

Bibliografía

- Alexander, F. y French, Th. Factores psicogénico en el asma broquial. Sociedad Argentina de Psicoanálisis. Buenos Aires, 1943.
- Ansermet, F. y Magistretti, P. A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente. Ed. KATZ, 2.006
- Bekey M. (Comp.). *Lecturas de lo psicossomático*. Cap. 1. Renata Gaddini. Los orígenes del objeto transicional y el síntoma somático. Editorial Lugar 1.991.
- Damasio, Antonio. El error de Descartes. Ed. Destino, 2.013
- David, Christian. Le travail de l'affect, contribution permanente à la mentalitation. *Rev. Française de psychanalyse*. Tome LXIII. 1.999.
- Darwin, C. *El origen de las especies*. 2009. Editorial: AKAL
- Deustch, F. La elección del órgano en las organoneurosis. *Revista de Psicoanálisis*, VII, p. 143. Buenos Aires, 1969.
- Erikson Erik H. *Sociedad y adolescencia*. Editorial Siglo XXI. 1.972.
- Identidad Juventud y crisis*. Ed. Taurus. 1.980
- Fain M. Prelude a la vie fantasmatique, *Revue Francaise de Psychoanalyse* 1.971. 2-3.
- La fonction maternelle selon Pierre Marty. *Actualités Psychosomatiques*. N° 2. 1.999.
 - La vie operatoire et les potentialités de nevrose traumatique. *Rev. Française de Psychosomatique*. N° 2. 1.992.
- Fain M. Braunschweig La noche, el día. *Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental*. Amorrortu Ed. 1.977.
- Freud, S. Proyecto de psicología para neurólogos. O. C. 1.885. Amorrortu E.d. Vol 1.
- Estudios sobre la histeria. 1.895. Amorrortu Ed. Vol 2
 - Tres ensayos para una teoría sexual. Metamorfosis de la pubertad". 1.905. Amorrortu Ed. Vol 7.
 - Fragmento de análisis de un caso de histeria» (caso «Dora) 1.905. Amorrortu Ed.
 - Introducción del narcisismo (1914) Vol 14. Amorrortu Ed.
 - El malestar en la cultura 1.929. Vol. 21 Amorrortu Ed.
- Green, A. *Narcisismo de vida narcisismo de muerte*. Amorrortu Ed. 1.983.
- *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Amorrortu Ed. 2.003.
- Green, A., et al. *La pulsión de muerte*. Amorrortu Ed. 1.989.
- Jeammet P. La depresión en el adolescente. En *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*.
- Kandel, R. *Psiquiatría, psicoanálisis y la nueva biología de la mente*. Ed. ARS MEDICA, 2006.
- Krisler, L. Fain, M. Soulé, M. *El niño y su cuerpo*. Amorrortu ed. 1.990. 1ª Ed. P.U.F. 1974.
- Klein, M. Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del lactante. 1952. O.C. Tomo 3. Paidós, 1.990.
- Lamarck, J. *Investigaciones sobre la organización de los cuerpos vivos*. Ed: KRK Ediciones. Año de edición: 2016.
- Laplanche, J. La angustia en Laplanche. *Problemáticas I*. Jean pp. 224-243. Amorrortu Editores.
- McDougall J. *Teatros del cuerpo*. Ed. Julián Yébenes, S.A. 1.991.
- Marty, P y Fain, M. Aspects fonctionnels et role structurants de l'investissement
- La transference homosexual au course de traitements psychanalytiques d'adultes. *Revue française de psychanalyse*. XXIII, n° 5, 1.959. Pags. 607-617.
- Marty. P. *Movimientos individuales de vida y de muerte*. Ed. Toray 1.984.
- L'ordre psychosomatique, E. Payot. París, 1980.
- Smatja. Claude. Le concept de pulsion: Essai d'étude comparative chez Freud et chez P. Marty. *Rv. Française de psychosomatique*. N° 1. 1.991.
- Spitz R. *El primer año de vida del niño*. Fondo de Cultura Económica. 1.969.
- *La masturbación en el niño*. Ed. Proteo. 1.969.
 - *Psychoanalytic study of the child*. 1.946. (1960). *International Journal of Psycho-Analysis*, 41:653.
 - *La formación del Yo. Una teoría psicoanalítica de campo*. Ed. Centro Editor de América Latina.
- Szwec, G. Les procedes autocalmants par la recherche de l'excitation. Les galériens volontaires. *Rev. Française de la Psychosomatique*.

-Subversion érotique et subversion autocalmante: une double potencialité pour les fonctions somatiques. *Rev. Française de la Psychosomatique*. N° 10.

Tustin, F. *Estados autísticos en los niños*. Buenos Aires: Paidós, 1987.

- Barreras autistas en pacientes neuróticos. Amorrortu ed. 1.987.

Winnicott, D. (1972). *Realidad y juego*. Ed. Gedisa. 1972

- *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Ed. Paidós, 1.993.

- *La naturaleza humana*. Ed. Paidós. 1.993.