

Reflexiones clínicas

Desmentalización, somatizaciones tempranas e hipocondría

Cristina Rolla

Estas reflexiones que me preocupan desde hace algún tiempo ponen en evidencia la relación entre representación y somatización, el valor libidinal de la sintomatología psíquica y somática. Las regresiones más allá de la vida psíquica. La coexistencia de diferentes planos de funcionamiento mental en un mismo individuo. Los afectos. El masoquismo primario y el narcisismo. La potencialidad de los estados traumáticos precoces en los procesos de desmentalización y somatización en la adolescencia.

Para desarrollar mi pensamiento en torno a estos temas voy a utilizar algunos ejemplos clínicos de asma infantil e hipocondría en la adolescencia. Temática que he tenido la ocasión de poder observar en mi práctica clínica.

Para empezar quiero recordar que el concepto de regresión tiene su origen en el modelo evolutivo de Darwin. Lo que nos lleva a reflexionar sobre la precedencia temporal de las fijaciones y regresiones somáticas como lo señala Marty, tanto a nivel evolutivo individual como de la especie.

Veremos que Freud establece un sistema de fijaciones/regresiones psíquicas basado en la evolución de la libido apuntalada en las funciones somato- hegemónicas de cada período. Así lo oral, lo anal ofrecerán desde el cuerpo, el escenario que posibilitará el desarrollo de las fantasías, el movimiento psíquico de las experiencias vitales del sujeto enlazadas también al eco de las fantasías originarias que vienen de un más allá de la experiencia individual.

La encarnadura somática de esta trayectoria marcará toda nuestra vida, de allí las expresiones "se la come con los ojos" en donde la reverberación de la oralidad sobre lo visual por ejemplo, forma parte de lo corriente en un discurso normal/neurótico.

Estamos hablando de un sistema de fijaciones/regresiones que tiene su eje en la libido, pero también Freud nos habla de fijaciones/regresiones establecidas sobre lo traumático, más allá del principio del placer, un sistema puesto en marcha en la insistencia de lo que no pudo ser vivido plenamente por un aparato psíquico que quedó desbordado. No es banal recordar que en los primeros tiempos de la vida de los seres humanos, hay un altísimo número de experiencias de valor traumático debido a la inmadurez de las funciones psíquicas o directamente por la falta de ellas, que deben ser suplidas por la gerencia materna, y que en no pocas ocasiones esta labor, fundamentalmente para-excitadora en los primeros tiempos, desfallece o no es la adecuada, por lo que la excitación que asalta al bebé desde dentro de su propio organismo o desde el exterior, adquiere valor traumático y lo arroja en la indefensión. Por lo tanto no puede extrañarnos que sufran todo tipo de malestares físicos y desarreglos somáticos como respuesta al desorden vivido. Tampoco nos puede extrañar que se establezcan fijaciones somáticas a lo largo de la evolución individual, ligadas a la repetición de experiencias de orden traumático, por insuficiencia de la catexización libidinal en determinados momentos del desarrollo, o como complemento de una regresión psíquica insuficiente.

Quisiera recordar por otro lado, el recurso a fijaciones familiares o anteriores aún, que pueden aparecer en determinadas activaciones funcionales, inmunológicas, sensorio motoras, o de otras características, que se producen en determinados momentos.

Las fijaciones somáticas pueden ser activadas en movimientos regresivos producidos a cualquier edad por desbordamiento de las funciones psíquicas que recurren a momentos evolutivos anteriores, ese movimiento puede ser recogido por fijaciones de orden psíquico que detienen su involución, también fijaciones somáticas pueden salir en auxilio para detener la desorganización que todo movimiento contra-evolutivo provoca. Algunas fijaciones somáticas son utilizadas de manera recurrente por un individuo y forman parte de su equilibrio psicosomático, asegurando un movimiento defensivo consistente. Es lo que llaman enfermedades a crisis (Marty), algunas de las cuales como ciertas alergias esenciales muestran además del hecho en si de la somatización, una manera particular de funcionamiento psíquico como veremos en el caso de ciertos pacientes asmáticos.

El que haya un funcionamiento psíquico particular ligado a algunas fijaciones psicosomáticas, o el hecho de que determinadas situaciones afectivas o psíquicas puedan desencadenar por desorganización y regresión una somatización cualquiera, no nos autoriza a pensar que las somatizaciones tienen una determinación psíquica. Marty expresa que las conversiones histéricas que también forman parte de sistemas somáticos regresivos, sí están sustentadas por una actividad psíquica inconsciente. Las somatizaciones, aunque

pueden usarse secundariamente como sostén de libidinizaciones, generalmente no aportan soluciones a conflictos internos. No están apenas sostenidas por representaciones. No tienen significación simbólica. Proceden de mecanismos distintos de la represión: los de desorganizaciones psíquicas o de supresión de las representaciones por ejemplo. Lo aquí expresado no nos impide apreciar en la clínica, somatizaciones que secundariamente han logrado una significación y representación.

Veremos que los sistemas defensivos de orden mental, somático y psicossomático se ponen en marcha para intentar frenar la desorganización o al menos desviar su movimiento hacia otros sistemas funcionales distintos de los esperados (psíquicos o somáticos). Estos sistemas intentarán entorpecer el movimiento de desorganización, detenerlo por un tiempo lo más extenso y constante posible en un movimiento de vida. Si esto fracasa el movimiento girará nuevamente hacia la desorganización, desintegración, desligadura que caracteriza a la pulsión de muerte, libre ya en su tarea disociadora. (Marty)

Regresiones somáticas en el difícil equilibrio adolescente

La clínica

El funcionamiento de los distintos movimientos de desorganización y su recogida por sistemas psíquicos y somáticos puede seguirse en las reflexiones clínicas sobre las vicisitudes de los tratamientos con adolescentes que presentaron problemas de desmentalización de tipo hipocondríaco y de comportamiento, que a su vez sufrieron de asma y otras somatizaciones en la infancia.

Los problemas derivados de la experiencia traumática que he podido reconstruir a partir de los datos aportados por los pacientes, y también surgidos de la experiencia vivida en transferencia y contratransferencia en las sesiones, me llevó a construir una historia clínica tipo que podría expresarse de la siguiente manera:

Historia Clínica posible

Cuando conozco a mi paciente tiene 15 años y vive una crisis de angustia hipocondríaca intensa de carácter invalidante que le impide literalmente moverse, está sitiado en la casa de sus padres.

De lo que he podido conocer de Carlos tanto por su relato directo, como por lo no dicho pero expresado en transferencia y vivido por mi contratransferencialmente, ha nacido una historia en la que la hipocondría en la adolescencia es el resultado natural de unas secuencias y unas posiciones estructurantes infantiles.

Carlos nace provocando un gran impacto en una madre desbordada que no puede recoger y calmar a su niño luego de lo que para ambos había supuesto el nacimiento. Sufre una deshidratación importante y diarrea desde el tercer día de vida que lo retiene en vigilancia intensiva varias horas. Podemos imaginar el gran malestar de esos momentos.

La madre relata en una entrevista, en medio de un estado de gran excitación, que cuando le dieron al niño "no quería mamar". No es difícil que venga a nuestra mente una madre muy preocupada, que no tenía los medios para calmarse ella misma.

Podemos pensar que esta madre excitante y excitada no podía proveer a Carlos los recursos necesarios para que esa excitación vivida por ambos pudiera ligarse. Esto me lleva a pensar que este niño tampoco puede recibir el alimento que ella le ofrece porque es vivido como tóxico (desbordante, desorganizante).

Toda esta situación primera está marcando una falta de encuadramiento, según lo piensa Green respecto a la función materna primera. En medio de la angustia materna el bebé no puede situarse, colocarse en un marco que lo contenga y que va más allá de él y su madre. No puede por tanto frenar su inquietud y recibir alimento con el que saciar sus necesidades biológicas y que le proveería por otro lado del sustento narcisista. Ya que el bienestar de una alimentación satisfactoria nutre las fuentes del narcisismo primario y lo conecta al bebé con las mismas. Este proceso lleva naturalmente al dormir fisiológico y prepara también al proceso del soñar que se establecerá más adelante, si todo funciona bien. Carlos duerme mal a lo largo de los primeros meses de vida.

Una madre bien situada en su propia historia como mujer sexuada y madre, provee a su vez de alimento fantasmático al dar de comer y arrullar para llevar al sueño. Introducirá sobre todo y como lo describe Fain la idea del tercero, del amante, del padre. Lo que favorecerá la introducción de un horizonte donde se dibuja la triangulación y el objeto. Lo otro, lo que está más allá de la diada, de la relación fusional primaria.

Lo que nos hace pensar en la necesidad de ambas cosas: de una relación fusional bien establecida, con la cercanía e identificación profunda de una madre a su cría. Relación con un grado de regresión suficiente como para comprender las señales preverbales de su bebé y complementarlo, y a la vez con la posibilidad de volver a su posición sexuada genital, con un punto de su deseo puesto fuera de la diada. Con el amante, al que acude periódicamente, y con esa figura del otro en los mensajes que transmite al bebé cuando lo alimenta, lo cuida y lo duerme.

Ese mensaje permite la aparición del objeto, sobre el 8º mes, escenificando el primer esbozo de triangulación que está dramatizado en la angustia ante el rostro del extraño, descrita por Spitz.

Szwec, citando a su vez a Le Guen: "Esta primera triangulación concierne al niño, su madre, y el que no es su madre pero que no es aún el padre. Su presencia viene a significar la ausencia real o potencial de su madre. Esta configuración ha sido considerada por C. Le Guen (1974) como un modelo originario del complejo de Edipo".

Podemos pensar que Carlos no encontró una madre con la posibilidad de hacer esta labor para-excitadora para su bebé suficientemente. Ella misma desbordada, ella que fue una última hija cedida por sus padres a una tía sin hijos, criada hasta entonces, por tías, hermanas, en la discontinuidad y las prisas.

Carlos sufrió el desbordamiento de sus excitaciones y las de su madre, podemos pensar que el masoquismo erógeno primario no tuvo oportunidad como para desarrollarse suficientemente. Por lo que no puede extrañarnos su escasa posibilidad para soportar el dolor y la insatisfacción, y su dificultad para desarrollar un espacio de espera que pueda dar lugar a lo psíquico. No podemos pensar en un grado de satisfacciones suficientes en lo real y concreto, para que pueda soportarse una demora en la satisfacción y para que pueda constituirse en un segundo tiempo la alucinación de la satisfacción, de los movimientos y reacciones corporales de la misma.

Este proceso, de satisfacciones problemáticas y el mundo de excesivas excitaciones con una presencia "calmante" continuada, por parte del padre o la madre, que no da lugar a los procesos autoeróticos del niño, lo dejan expuesto al dolor (las sensaciones dolorosas físicas de la insatisfacción no elaboradas ni mitigadas por las funciones psíquicas alucinatorias)

Así queda abierta una vía para la fijación para un dolor ahistórico que dará lugar en la adolescencia de Carlos a una patología angustiosa y dolorosa ante el gran escenario de la triangulación edípica cuando su realización sexual genital la hace posible y por lo tanto temible.

Pero lo que es más llamativo es que Carlos conecta en sesión su primera crisis de hipocondría con ese escenario edípico vivido entre su profesora preferida del instituto y él, al que se incorpora con cierta brusquedad un alumno, un tercero. Carlos se desorganiza y tiene que salir a vomitar.

Esto nos lleva a pensar en otras somatizaciones ante situaciones desorganizantes, a los 2 años y medio (momento de la constitución edípica) Carlos tiene su primer gran ataque de asma, y entra en un periodo de enfermedad asmática severo.

G. Szwec, retomando a Marty, nos recuerda que el ataque de asma suele desencadenarse ante una situación de triangulación no metabolizable.

Carlos sufre ataques de asma muy intensos, sobre todo por las noches. Es por las noches que el padre tiene que calmarle paseándolo en brazos, ya que su madre no lo consigue. Esto contribuye a que la figura padre/madre queden confundidas y no favorezca el establecimiento del padre como tercero. Carlos dice en varias sesiones que el padre lo calma. (Y yo he pensado que también lo excita sexualmente en esa ambigüedad de su figura).

El padre es el último hijo de una pareja de padres mayores, en la que su padre (el abuelo de mi paciente) es retratado por Carlos como un hombre obsesionado por la limpieza y orden de sus papeles y objetos personales.

El padre de Carlos sufre de numerosas alergias, ha padecido problemas respiratorios (aunque no es asmático), algunos graves en presencia de sus hijos y que marcarán el devenir de algunas sesiones.

Carlos tiene ataques de asma importantes hasta los 5 años.

En esa época nace su primera hermana y entonces (podemos pensar) se libera de la presión excitante y sobreprotectora de la madre que tiene que dedicarse al nuevo vástago.

Szwec piensa que muchas madres de niños asmáticos sostienen el deseo de mantener a sus hijos en un estado fetal mortífero.

A los 12 años se trasladan de domicilio y van a vivir a un país europeo, (vivían en el extranjero por trabajo de los padres).

De la ciudad en donde vivió hasta los 12 años Carlos traerá recuerdos de preocupaciones por ahogarse con las comidas, que unos niños del jardín de infantes al que le mandaban lo empujaron y lo hicieron caer comiendo unos frutos secos con los que se asfixió. Vemos que la angustia está ligada en los recuerdos a situaciones de asfixia y de ahogo.

A los 12 años desaparecen los ataques de asma y solamente tendrá necesidad de usar un medicamento para tal fin, una o dos veces al año, manteniendo esta situación hasta el tercer año de tratamiento, momento en que desaparece el asma por completo.

Este momento coincide con el traslado de Carlos, sus padres y sus hermanas a la ciudad donde vive gran parte de su familia materna y paterna.

Carlos describe con satisfacción los encuentros con sus abuelos. Sobre todo con el abuelo paterno, con el que pasaba largas temporadas cuando recibían sus visitas y al que lo unía una tierna relación. También habla mucho de un señor mayor, amigo de la familia, que es objeto de su admiración y al que imita (sin tener conciencia de ello) en una de sus identificaciones que obedecen a las pautas de la relación de objeto alérgica.

Efectivamente, vemos el desarrollo de este tipo de relación descrita por Marty, marcada por el fallo de la función estructurante del objeto, y que está guiada por la búsqueda de la anulación de la diferencia.

Podríamos pensar en la traba que esto significa para la constitución del funcionamiento mental neurótico. Eso es así, pero vemos en muchos casos que este funcionamiento y en Carlos también, se establece sobre la cadena lateral, lo que no impide el funcionamiento de tipo histero-fóbico en el haz central. Esto podremos verlo a lo largo del tratamiento. Marty se refiere al funcionamiento psíquico como desarrollándose a lo largo de un haz central, también describe una cadena lateral en donde se desarrollarían algunas sublimaciones, perversiones, comportamientos y otros funcionamientos que en algunos casos pueden estar medianamente mentalizados, es decir representados y en conexión con el haz central, y en otros casos podrían funcionar más o menos independientes de éste y con un nivel de representación escaso. Esto nos daría junto con otro nivel organizativo los dinamismos paralelos ligados a funcionamientos que quedan totalmente al margen de la elaboración psíquica del haz central, y que Marty los relaciona con la escisión y la posibilidad de la coexistencia de varios niveles de elaboración de las excitaciones.

Siguiendo con la relación de objeto alérgica que supone un dificultoso establecimiento del objeto, nos lleva a pensar que Carlos no pasó por la angustia del 8º mes que describíamos al principio. Lo que nos indica un establecimiento vacilante del tercero, la diferencia y el objeto.

La madre dice que Carlos era un "niño muy obediente", también era un paciente dispuesto a satisfacer los deseos de un analista. Hablar, relatar, asociar cuando es posible. Llegar puntualmente a sus sesiones y no faltar casi nunca. Rasgos que nos indican una supresión de los movimientos agresivos.

Afortunadamente para su desarrollo pulsional al segundo año de tratamiento pudo hacer emerger su negatividad y cierta dosis de agresividad en una sesión en la que critica mi intervención.

Las características de la relación de objeto alérgico que se pueden apreciar pueden remontarse a las fallas del proceso de mentalización iniciadas probablemente desde el comienzo de la vida, que como hemos visto están en relación con una desfalleciente labor para-excitadora materna que impide el establecimiento del masoquismo erógeno, la capacidad de demora, la alucinación de la satisfacción, la aparición del autoerotismo, y la apertura al tercero. En su lugar teníamos a una madre ansiosa, sobreprotectora, pero no proveedora de satisfacción.

La aparición del asma nos hace pensar precisamente en el fracaso de estas situaciones previas, y que, ante la emergencia de la diferencia y el tercero, Carlos no puede organizar una salida defensiva mejor que la regresión somática, el ataque de asma. Ataque que tiene una función reorganizadora por la cual puede obviar una respuesta psíquica que no tiene a disposición.

No es de extrañar con este desarrollo pulsional y sus objetos que este paciente desencadenara una crisis hipocondríaca en la adolescencia.

Szwec dice que muchos niños asmáticos hacen crisis hipocondríacas en la adolescencia.

Más aún podríamos decir que el tipo de relación objetal alérgica que se establece con tanto temor hacia la diferencia, dificulta la relación heterosexual. Veremos que Carlos se mueve con un gran temor ante las emociones a las que asimila con excitación y desorden (podemos pensar que los componentes emocionales no están suficientemente desarrollados y representados). La dificultad en las relaciones con las mujeres, está en relación con un objeto mal establecido. Carlos nos hará comprender su miedo a la diferencia, a la excitación que puede matarlo (dice de algunas relaciones que le provocan "calambres", es decir descargas de energía inelaborables). En el recorrido hacia la búsqueda del objeto, veremos la promiscuidad con objetos parciales, anales, homosexuales. Sus temores a ser penetrado por un padre deseado estarán en su miedo a sentarse en el medio de un sitio, en un restaurante por ejemplo, en su necesidad de dormir pegado a un borde de madera de su cama, que expresa también el temor de desprenderse del objeto primordial. "Estar pegado", expresa también el deseo de ser penetrado y castigado por el padre en su versión sádica de la sexualidad que aparecerá reiteradas veces en el tratamiento a partir del primer año.

El cambio permanente de sus objetos de amor pone por otro lado, en evidencia otra de las características de la relación de objeto alérgica que es hacer que sea intercambiable, sin aspectos propios y exclusivos, como una manera de negar la diferencia y la pérdida.

Cualquier objeto me vale, significaría no necesito a nadie. Con esta maniobra conjuraría el temor a la dependencia y a la pérdida del objeto.

Este temor va a ir desapareciendo a medida que va surgiendo la posibilidad de una relación con un objeto que va adquiriendo cualidades bien definidas y que deja de ser intercambiable.

Carlos se asoma al mundo del objeto definido y que se pierde con dolor, a la posibilidad de hacer un duelo, de deprimirse, en vez de simplemente descompensarse con un ataque de asma o de hipocondría.

Este camino fue difícil y lo dejó bastante tiempo sumido en una fantasmática pregenital, que por un lado marca las vicisitudes de muchos niños y jóvenes asmáticos que desarrollan el tipo de relación de objeto alérgica.

A medida que va cediendo la hipocondría van apareciendo fobias poco o nada estructuradas, sobre todo de ambiente. Sin la construcción de ninguna trama fantasmática. Hasta que finalmente puede ir a formas más mentalizadas de elaboración de los conflictos.

El pasaje por diferentes modalidades de somatización hacia el malestar psíquico y la sintomatología neurótica, el material de los sueños que emerge a lo largo del tratamiento, las asociaciones, el trabajo de elaboración psíquico, la mayor riqueza de las emociones va dando pasos hacia un mejor funcionamiento. La temática de la castración se establece hacia el tercer año de tratamiento y se centra en la problemática de perder los dientes que será el soporte figurativo de la pérdida.

El humor que acompaña el último tramo del tratamiento señala una matización emocional y representativa que nos ponen en contacto con un sistema defensivo más desarrollado en el plano inconciente y con suficientes conexiones asociativas.

La Adolescencia

La reorganización pulsional de la adolescencia frente al gran escenario edípico de triangulación cuando el acceso a la genitalidad tiñe de peligro cualquier acercamiento a los objetos, desencadena una serie de maniobras defensivas que en el caso de un adolescente con una historia previa como la que hemos desarrollado puede tener unas características como las que veremos a continuación y que comienza con una crisis hipocondríaca.

¿Por qué la Hipocondría?

Empezaré por recordar que Freud, clasifica la hipocondría en 1898 como una de las neurosis actuales. Esto se hace evidente en las sesiones de los pacientes a los que aquí se hace referencia, los problemas de desbordamiento angustioso y sobre todo las fallas de representación centradas en torno a lo que rodea la problemática edípica. Los afectos que no pueden ser reconocidos (capacidad que tiene que ver con la labor para-excitadora y proveedora de sentido de la función materna, desfalleciente en nuestro paciente) son descargados como angustia.

Es interesante notar el papel reducido de la psicosexualidad o libido en la hipocondría, aunque podemos rescatar en la escucha del material de Carlos una trama edípica que no puede ser elaborada mentalmente pero que está a la espera (y que le hace vomitar, angustiarse, y salir de una habitación, a la vez que relata "todo comenzó allí", al referirse a una situación en la que se podía apreciar una escenificación de triangulación entre dos personas significantes de su entorno y él mismo, que comentamos más arriba) El recurso al acto de vomitar nos permite calibrar la debilidad de su yo y el fracaso de las defensas psíquicas.

La dimensión del dolor del que se queja el paciente hipocondríaco, nos lleva tal como lo he referido al comienzo de la historia clínica, al fallo del masoquismo primario, que hace decir a Aisenstein "la angustia hipocondríaca corresponde a una investidura insuficiente del displacer, impidiendo la organización de una demora en la satisfacción... de lo que surge una sobreinversión del dolor en su dimensión ahistórica"

En las sesiones de estos momentos de crisis hipocondríaca, lo perceptivo interno, táctil, auditivo, tienen un peso muy importante.

Esto le hace sentir al analista la presencia de una sensorialidad indiferenciada (de la que habla Fain) que da lugar a una excitación difusa e invasora, que es vivida por el paciente como agresiones provenientes de su propio interior y del mundo externo, para las que no encuentra barreras de contención suficientes. La presencia y escucha de un analista, que tiene a su vez a una figura tercera en esta escucha, contribuye a organizar a lo largo del tratamiento este material sensorial-perceptivo.

Vemos en esta situación el predominio de un estado de trauma permanente, que coloca a nuestro paciente en un *más allá del principio de placer*. El placer por la comprensión de su propio funcionamiento y de la misma experiencia transferencial dará lugar a la apertura de un funcionamiento nuevo y es uno de los pilares del tratamiento de estas crisis. Aparecerán más sueños y más complejos, que nos alejan de los primeros que se traen a sesión (sueños

en donde aparecen ríos que fluyen sin más contenido y sin asociaciones) Los nuevos sueños irán creciendo en su riqueza figurativa, y las sesiones se irán abriendo progresivamente hacia el mundo de los objetos, aún en medio de las manifestaciones hipocondríacas que no desaparecerán sino luego de un trabajo largo y continuado.

Podemos concluir diciendo que la hipocondría es una sintomatología que puede estar en distintos cuadros psicopatológicos y en diferentes etapas de la vida como una manera de resolver situaciones críticas cuando las posibilidades de elaboración psíquica se encuentran trabadas.

Es posible verlo en bastantes jóvenes que viven la crisis de la adolescencia, o en distintas situaciones vitales en los que se produce desorganización psíquica. En descompensaciones psíquicas graves y profundas haciendo entrada a la psicosis, o en nuestros pacientes adolescentes como continuidad con una problemática de déficit de representaciones iniciada tempranamente.

La retirada de la libido de los objetos y su retorno al cuerpo, les permite poder hablar de una manera casi alucinatoria de lo que pasa en su yo. Necesitan tocar partes de su cuerpo y nombrarlas, dándonos a entender que las palabras han perdido su capacidad para representar, y que necesitan tocar, palpar la cosa, el objeto en sí. Mostrándonos el proceso de de-simbolización que están viviendo, y la insuficiencia del lenguaje para nombrar.

También es una manera de recuperar la cosa cuyas representaciones se muestran insuficientes, producto de una relación temprana con una madre angustiada y desligadora (que sume al niño en un mundo de sensaciones sin organización y que produce una experiencia emocional de amenazante, que le llevan a un sistema defensivo prematuro que polariza todo el desarrollo psíquico). ¿Podríamos decir que el cuerpo se hace cargo de una "exigencia de figurabilidad" de la pulsión?

En los tratamientos con adolescentes, este tipo de crisis hipocondríaca nos lleva a la primera infancia, donde se recrea una especie de espacio de juego para tocar, sentir y nombrar. La presencia del analista es muy importante en este funcionamiento como dijimos al comienzo.

Es la manera que en el tratamiento el adolescente puede dar representación a sus movimientos internos (contrariamente al histérico que hace desaparecer el afecto conservando las representaciones, el hipocondríaco se siente invadido por los afectos sin tener las representaciones a su disposición).

En nuestro paciente, podemos ver que se realiza un trabajo psíquico a partir de la investidura del cuerpo que lo lleva a recuperar sus emociones y su psiquismo. Esto me lleva a coincidir con la apreciación de la hipocondría como salida al mundo psíquico "que toma

todo su valor de solución dinámica, que en el mismo movimiento de desinversión del objeto mantiene un mínimo de inversión objetiva". (Aisenstein, Gibault)

El cuerpo se transforma en el objeto sobre el que se realiza un trabajo de reinversión, representación y subjetivación narcisizante.

La Crisis de Hipocondría

De lo anterior se deduce que en el momento de la crisis se desarrolla un funcionamiento en el que el objeto no puede ser abordado. Puede observarse en el desarrollo de las sesiones que el "trabajo de hipocondría," tal como lo denominan Aisenstein y Gibault, permite lentamente la instalación del objeto a partir de su emplazamiento en el cuerpo.

Una característica de este momento del tratamiento es la calidad de la transferencia que está signada por la despersonalización o la desobjetualización del analista, que lleva a la consideración de su presencia sin intervención manifiesta.

El cuerpo se hará muy presente en la motilidad de los pacientes (en algunas circunstancias palpaciones, tocamientos de ciertas partes del cuerpo), en los tics a medio construir, cambios de posturas. También hay un discurso sobre el cuerpo. Sobre lo que teme, sobre los dolores, sobre inquietudes de enfermar, de morir, y la angustia. Este discurso que el paciente realiza de manera solitaria aunque acompañado por el analista, da una calidad especial a las sesiones. El analista debe estar allí, escuchar, sentir a la par del paciente, pero a la vez permitiendo cierta soledad. De parte del analista hay una presencia/ausencia, que le permite al paciente estar solo/acompañado. La referencia al pensamiento de Winnicott es insoslayable.

Se construye la convicción de que el proceso de cura no sólo se da por proveer representaciones a los pacientes, sino por las experiencias vividas en la transferencia/contratransferencia, y que las exigencias de representación se producen "en presencia" del objeto.

Esta situación tiene un valor reorganizador muy potente para los pacientes, lo que les permite en algunas sesiones llegar a expresar en algunos casos que "seguramente hay algo en algún lugar del subconsciente" que los llevó al enfermar.

Lo que nos lleva a pensar que pese al gran desarrollo de angustia (afecto sin representación y en constante estado de alarma, como un aviso de defensa indefinido y para el que no se tiene respuesta) la crisis de hipocondría supone un avance sobre la somatización asmática de la niñez.

La hipocondría suple una regresión a una fijación somática con una regresión de las investiduras hacia el cuerpo. Es una regresión cuyo valor libidinal irá en aumento a medida que se desarrolla un trabajo de ligadura que transitará del dolor físico al dolor psíquico, y de la sensación y percepción hacia la representación. No podemos desdeñar la desintrincación pulsional que rodea a todo proceso de desobjetalización, por lo que la escucha y el seguimiento del paciente no está desprovista de cierta inquietud.

El funcionamiento de la relación de objeto alérgica en un niño asmático

Marty (1957) describió lo que llamó relación de objeto alérgica en algunos pacientes, (pacientes con afecciones alérgicas diversas) pese a la reticencia inicial para describir un funcionamiento psíquico característico ligado a una dolencia somática, actitud a la que eran muy propensos otros movimientos que dentro y fuera del psicoanálisis ponían en paralelo unas cualidades psíquicas respecto a una determinada enfermedad somática. La frecuencia con la que pudo observar el tipo de relación objetal de algunos enfermos alérgicos, y entre ellos algunos asmáticos le llevó, pese a sus reticencias a esta distinción.

En este tipo de paciente se distingue un deseo capital: acercarse tanto al objeto como para poder confundirse con él. (Un paciente al ser preguntado por su edad dice por ejemplo la de la persona con la cual ha establecido esta relación en ese momento)

En el paciente del que podríamos suponer una historia clínica como la que antecede, observamos estas características especiales de la relación objetal que vienen anunciadas con una dificultad inicial para la incorporación de la diferencia y el tercero consecuencia entre otros factores, de una función materna que impide la satisfacción en la simbiosis según he podido pensar en algunos de mis pacientes. Esta insatisfacción inicial marca la imposibilidad de la experiencia de la omnipotencia, de la plenitud narcisista y conduce al fracaso del masoquismo erógeno y a la falta de satisfacción en el autoerotismo. El niño en estas condiciones está mal provisto para soportar los micro traumas de los primeros momentos de la vida y se encuentra sometido a tensiones muy importantes. No olvidemos que la tensión es el antecedente de los afectos (Spitz), a los que se llega por el desarrollo representativo de la acción decodificadora materna para metabolizar las experiencias.

Tanto en la experiencia clínica de Marty como de Szwec, y también en los casos que están en la base de estas reflexiones, los niños asmáticos desencadenan sus ataques de asma ante una situación de triangulación que no puede ser asimilada psíquicamente, o cuando el tercero se diferencia sin ninguna posibilidad de ser neutralizado.

Veremos en estos pacientes una determinada somatización de manera periódica, alternando con otras somatizaciones, síntomas comportamentales, accesos de risa incontenible, o sintomatología neurótica de tipo histerofóbico. Este abanico de funcionamientos nos permite apreciar la amplitud de registros que pueden desplegar para afrontar las dificultades de la vida.

La fragilidad vivida en la relación con los objetos, tiene como resultado que cuando el paciente mejora y puede dejar el mundo anobjetal de la hipocondría, tenga que poner en marcha un sistema defensivo ante la confrontación con la posibilidad de relacionarse con el objeto y de perderlo, de decepcionar, de no lograr ser aceptado. Allí vemos la "utilidad" de la relación de objeto alérgica. Para defenderse de la pérdida, de la excitación que supone la diferencia, de la sexualidad.

Así vemos cómo un paciente adolescente en ciertos momentos en los que relata experiencias excitantes, utiliza la relación de objeto alérgico para calmarse. Percibiéndose como un anciano sin preocupaciones y sin energía suficiente para ellas, dice: "cuando era joven" o "soy un viejo gruñón" adoptando la voz, las maneras de un hombre mayor (la plasticidad imitativa de estos pacientes es notable). Salir con hombres muy mayores es una manera de colocarse en una situación tranquilizadora. Una forma de reducir la investidura al mínimo, lo que lleva a pensar en la condición calmante de la pulsión de muerte que está presente, en cierta manera en estos procedimientos que tienen como finalidad la pérdida de valor libidinal (envejecer-morir), preferible a los movimientos de vida que son vividos como desbordamiento. Las emociones son asimiladas a la inestabilidad y a la falta de defensa.

Vemos que el conocimiento de estos funcionamientos en si mismos y de su entorno, provocan poco a poco la desaparición de vértigos, náuseas, vómitos y otras reacciones somáticas que implican desmentalización, frente a situaciones excitantes.

Estas mejorías reactivan los recuerdos y pueden emerger experiencias con contenidos agradables. También habrá un progreso en la representación de los afectos y aparecerán afectos agresivos bloqueados.

Aparecerán las fantasías sexuales, sueños con escenas violentas nos darán la posibilidad en varios pacientes de conocer el sustrato anal sádico de las mismas, y podrá abrirse la temática de la masturbación y el temor a la homosexualidad ya que el miedo a la diferencia que se inició tempranamente, y la indiferenciación que supone la falta de apertura hacia el tercero en la relación de objeto alérgica, supone una gran dificultad para la posición heterosexual.

El proceso de cura tendrá que atravesar la desidentificación y desidealización de la figura materna y paterna, a la vez que la aceptación de ambas figuras con sus valores diferenciales, y la triangulación. Sin esta tarea no hay objeto total, ni sexualidad genital.

Con la aparición del objeto en la cura, el analista llega a tener para el paciente un peso a veces insoportable, por ello establece multitud de relaciones fuera de las sesiones, es promiscuo, como una manera de poner distancia, y a la vez no sentirse expuesto a la pérdida.

Podemos ver en este funcionamiento la falta de desarrollo de la fijación anal, lo que tiene que ver con la incompatibilidad del mismo con las fijaciones del nivel alérgico-asmático, ya que uno de los logros de la etapa anal y que es un punto fundamental en nuestro paciente, es la distancia respecto al objeto.

En el individuo normal, la analidad se ancla en la genitalidad, en lo que P. Marty denomina haz evolutivo central común. Esta cadena evolutiva es la base de todas las interiorizaciones y constituye un sistema que permite regresiones de orden mental gracias al sistema de fijaciones sobre el haz central. Cuando hay problemas en el desarrollo, y hay etapas cortocircuitadas, el componente anal queda mal integrado y supone un inacabamiento del sistema fijación/regresión. (Szwec)

A medida que avanza el tratamiento, aparecerán una sucesión de descompensaciones somáticas (vómitos, mareos), psíquicas (fobias súbitas en determinados momentos) y momentos bien mentalizados en los que la relación de objeto alérgica puede ser iluminada y la angustia hipocondríaca irá menguando.

Paralelamente se desarrolla una búsqueda incesante del objeto pasando por el temor a la pasividad y a la homosexualidad (dado que el trabajo analítico dará posibilidad al desarrollo pulsional que lleva a atravesar la posición pasiva, difícil lugar para un niño que ha desarrollado defensas anti traumáticas tempranas que lo colocaron en la actividad y la vigilancia)

El pasaje por la elección sexual del objeto es muy difícil para estos pacientes como se puede desprender de la exposición.

Para finalizar querría remarcar la dificultad para resolver la temática de la bisexualidad psíquica que existe a lo largo de la historia de Carlos y que proviene de las dificultades iniciales para reconocer al objeto. Por otro lado preconizar junto con Marty que una vez atravesado el tratamiento inicial de psicoterapia psicoanalítica estos pacientes pueden beneficiarse en alto grado por el psicoanálisis clásico.

Año 2020, N° 27

Resumen

Lo que podemos apreciar en la exposición teórico-clínica precedente, se puede resumir en dificultades en el ejercicio de la labor paraexcitadora materna y un fallo en la presencia diferenciadora paterna que no logra establecerse como tercero. De allí se derivará, junto a la acción de otros elementos, el fallo de la articulación de la diferencia como organizadora, y el establecimiento de la relación de objeto alérgica (ROA), dificultades en la mentalización, y el recurso a las descargas del material representativo y afectivo insuficientemente desarrollado en somatizaciones. En nuestro caso asma temprano e hipocondría en la adolescencia.

Descriptores

Clínica, Somatización, Mentalización, Adolescencia, Hipocondría, Asma.

Clinical reflections. Mentalisation, Early somatization and Hypochondria.

Abstract

What we can appreciate in the previous theoretico-clinical presentation, can be summed up in difficulties in the task of the maternal paraexcitement and a failure in the presence of the differentiating paternal figure unable to establish itself as a third party. Hence, together with other elements in play, the failure of the articulation of the differentiation as an organizing factor and the establishment of an allergic object relation, trouble in mentalisation, and resorting to the unloading of the representative and emotional material, insufficiently developed in somatizations.

Descriptors

Clinic, Somatization, Mentalization, Adolescence, Hypochondria, Asthma.

Réflexions cliniques. Dementalisation, somatisation précoce et hypocondrie

Rèsumé

Ce que nous pouvons voir dans l'exposé théorico-clinique précédent peut se résumer à des difficultés dans l'exercice du travail d'excitation maternelle et à un échec de la présence paternelle différenciatrice qui ne parvient pas à s'établir comme tiers. De là, il dérivera, avec l'action d'autres éléments, l'échec de l'articulation de la différence en tant qu'organisateur, et l'établissement de la relation allergique d'objet (ROA), des difficultés de mentalisation, et l'utilisation de téléchargements matériels. Représentatif et affectif insuffisamment développé dans les somatisations. Dans notre cas, l'asthme précoce et l'hypocondrie à l'adolescence

Mot clés

Clinique, Somatisation, Mentalisation, Adolescence, Hypocondrie, Asthme.

Bibliografía

- Aisenstein, Marilia & Gibault, A. (1990). Le travail de l'hypocondrie. Les cahiers du Centre de Psychanalyse et de Psychothérapie. *Hypocondrie*, 21.
- Bouvet, M. (2006). *La relation d'objet*. Paris: PUF.
- Calatroni, M. (1998). *Pierre Marty y la psicósomática*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Dejours, C. (2017). *El cuerpo primero*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Kreisler, L., Fain-M, S. (1974). *L'enfant et son corps*. París: PUF.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. (1984). *Los movimientos individuales de vida y de muerte*. Barcelona: Toray.
- Marty, P. (1991). Puntos de fijación somática, paralización de las desorganizaciones. En *Lecturas de lo psicósomático*. Buenos Aires: Lugar. Lugar Editorial.
- Rolla, C. (2019). Los aportes de la psicósomática a la práctica y teoría del trabajo de un psicoterapeuta psicoanalítico. *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*. IEPPM.
- Smadja, C. (2005). *La vida operatoria*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Szwec, G. (2012). *La psicósomática del niño asmático*. Buenos Aires: Leviatán.