

RESPRESENTACIÓN, ADOLESCENCIA Y PSICOSOMÁTICA

Dr. Manuel de Miguel

Encuentros en el GPAB

Bilbao, 17 Noviembre 2.012

Hablar de psicopatología en la adolescencia, remite necesariamente al estudio del incremento de excitación que introduce la pubertad. Este factor cuantitativo podría ser por sí mismo responsable de la aparición en el aparato psíquico, de una libido libre que pone en peligro la estabilidad emocional y también la salud física, de exceder ciertos límites. Pueden surgir problemas para representar estas excitaciones, pero también puede suceder, de hecho siempre ocurre en cierta medida, que las representaciones conseguidas sufran una desligadura, derivada de los aprés coups que se producen en la adolescencia. Comenzaremos por estudiar unas consideraciones generales que nos ayudarán a entrar en el tema.

Tradicionalmente, en psicoanálisis se han interpretado los síntomas somáticos como si se tratasen de fenómenos histéricos, lo que ha dado lugar a todo tipo de excesos. Una úlcera de estómago era interpretada como la manifestación de la acción de una madre internalizada, sobre la que se habría proyectado una avidez canibalista. De este sistema de pensamiento, nos ha sacado la escuela de Paris; pero quizá en el deseo, logrado por cierto, de dar una coherencia científica a la interpretación psicopatológica, deja sin explicación una tierra de nadie, en la que trataré de penetrar.

A partir de las investigaciones de la Escuela de Paris, se ha convertido en un conocimiento universalmente aceptado en psicopatología, la adscripción de los síntomas somáticos a déficits en la representación de la vida emocional especialmente en sus aspectos más regresivos. A ello conducen diversas motivaciones.

En un estudio que realizamos este pasado año con Javier Alarcón, en colaboración con médicos generalistas y pediatras de atención primaria, llegamos a la conclusión de que tanto en adultos como en niños y adolescentes se produce una huida masiva de la vida mental hacia el cuerpo. Para muchas personas imposibilitadas por su educación o su estructura mental para vivir sus emociones, el trastorno somático es la única vía de expresión posible. Dos factores confluyen en esta tendencia a huir de lo mental. El primero de ellos es el mantenimiento de un Yo Ideal en torno al cual se nucleará el funcionamiento operatorio.

En segundo lugar encontramos las tendencias regresivas en su más alta expresión esto es, la búsqueda de repetir la primera relación con la madre. Como nos enseña M. Fain, dentro de la comprensión del individuo humano como un ser psicopatológico, hay un momento, en el que podemos decir que todavía esto no es así. En el comienzo de la vida, todavía no se puede decir

que tengamos vida mental. El bebé es un soma que siente. La madre es la psique, que piensa el sentir del bebé. De esta forma psicossomático, en el recién nacido, es un término que se reparten dos individuos diferentes, uno de ellos, exagerando un poco, podríamos decir que sólo tiene vida corporal, el otro vida mental. Esa es la situación más regresiva que podemos imaginar. Podríamos decir que es buscada por nosotros en determinados momentos, y también que es una tendencia permanente en muchas personas. Se proyecta el sufrimiento sobre el cuerpo, esperando que alguien lo cuide, de significado a las vivencias y se haga cargo de lo mental, especialmente en un mundo en que las relaciones familiares y sociales son progresivamente más escasas, discontinuas y profundamente insatisfactorias. Los adultos querrán volver a estas posiciones. Los niños y adolescentes se resistirán a salir de ellas.

Siempre supimos desde Freud que la enfermedad somática conduce a una regresión en dos sentidos. La regresión temporal, consistente en que nos infantilizamos y esperamos ser cuidados como cuando éramos niños. Y la regresión narcisista, esto es, retiramos la investidura del mundo externo, para interesarnos sólo por nosotros mismos. Freud empieza su Introducción al Narcisismo con esta cita “Mi alma entera cabe en el agujero de una muela cuando me duele”. Pero considerábamos que tanto una como otra forma de regresión, eran sólo una consecuencia de la enfermedad. Ahora sabemos que también pueden ser la causa del enfermar somático. Otra cuestión es si el sólo deseo, sea consciente o inconsciente, puede conducir a enfermar. La respuesta siempre fue que no. Con M. De Muzan y en su expresión, decíamos que el cuerpo no puede ser tan listo. En este momento encontramos hallazgos clínicos y vericuetos en la representación que nos llevan a no estar tan seguros. Trataré más adelante de explicarlos.

La capacidad para representar la vida emocional y para utilizar los recursos mentales en la tramitación de los conflictos, es la mejor garantía de estabilidad psicofísica. La adolescencia supone un punto de inflexión en la organización psicossomática en no menor medida en que lo es en la vida mental. La elaboración de la conflictiva adolescente conduce a la adquisición de una autonomía a veces imposible. En la continuidad de las dependencias infantiles, el cuerpo enfermo se convierte en muchos casos en el vínculo que mantiene la unión fusional. En muchos adolescentes de escasa mentalización es el único vínculo posible, en otros aparece matizando otros funcionamientos de corte neurótico. Traté en una ocasión a una adolescente muy regresiva que padecía gastralgias, que hacía que recibiera una alimentación y cuidados especiales y decía su madre que se ponía tan mala, que a veces le tenía que dar la comida en la boca. A la vez sufría cefaleas, estaba permanentemente acatarrada, tenía fiebres mal filiadas, anemia, astenia, y estaba permanentemente necesitando atenciones de los médicos y de una madre desbordada. Padecía además una dermatitis atópica, que se localizaba exclusivamente

detrás de las orejas. Esta curiosa localización dio lugar a un análisis que me resultó muy instructivo sobre la cuestión de los difíciles límites entre histeria y psicósomática sobre la que volveré más adelante.

Como sabemos, tendencias regresivas, narcisismo y recurso a la acción, son el centro de la conflictiva en los adolescentes. A ello se añade el ya comentado incremento de excitación propio de la pubertad, y el desequilibrio entre excitación y representación al que da lugar este incremento. Aparecen fuertes emergencias de libido desligada y de inestabilidad psicósomática.

Afortunadamente, en los adolescentes la pulsión de vida suele ser lo suficientemente vigorosa para soportarlo. Sin duda que podríamos situar en su contrario la acción desligadora y desobjetalizante de la pulsión de muerte. Pueden aparecer fenómenos de regresión somática como he señalado en el caso anterior, como las gastritis, o cefaleas, cuadros infecciosos de repetición, y un largo etc. ligados habitualmente a caracteropatías regresivas. Pero son también muy frecuentes fallos mas 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 psicósomática.

Incapaces de una elaboración depresiva que hiere su narcisismo, recurren a los más diversos sistemas defensivos. La negación de la realidad con ayuda de las drogas, la puesta en cuestión los límites tanto personales como sociales, la huida de lo mental a través de los trastornos de comportamiento, la proyección en los adultos y la sociedad de un Superyó insuficientemente constituido o la negación de los afectos para mantener un Yo Ideal grandioso, son expresiones bien típicas de lo que estoy diciendo.

Pero siendo las más conocidas, no son las únicas vías a través de las que se derivan las tensiones del adolescente, especialmente las narcisistas. En algunos casos, el cuerpo se convierte en el núcleo central de todo el interés, objeto casi único de atención y depositario de la dura conflictiva a la que me acabo de referir. Son muy frecuentes lo que conocemos como dismorfofobias, alteraciones en la percepción del cuerpo y rechazo avergonzado del mismo. Aunque un caso muy frecuente de esto son las anorexias, muy de actualidad, siempre han existido formas no tan graves.

He podido analizar un adolescente con un acné juvenil en el que se entremezclaban, aspectos intensamente persecutorios, derivados de celos edípicos, con problemas de representación. Su acné por otra parte no excesivamente notorio, le impedía salir a la calle. Cuando conseguía salir se percibía casi delirantemente centro de atención todos los que lo rodeaban y reaccionaba a veces violentamente frente a las supuestas miradas de los demás.

En el límite con la psicosis, su cuerpo y su cara con acné se habían convertido en el centro de su actividad mental. No quería hablar de otra cosa, ni quería saber nada que no fuera que le quitaran ese problema de la cara.

Las dificultades para la adquisición de la vivencia de separación-individuación, pueden afectar a los dos miembros de la pareja primordial madre-hijo, desde el comienzo de la vida aunque de diferente manera. Como he comentado ni dichos sentimientos de autonomía, ni casi ningún otro, son posibles en el bebé, que no tiene mente suficiente para darles representación; pero sí se producen determinadas actividades en ese sentido que son captadas y entendidas por la madre que a veces no las tolera. Algunas madres bloquean las actividades autoeróticas del bebé, por ejemplo el uso del chupete, o la relación con objetos transicionales, en la medida que suponen la primera actividad autónoma. A veces se adhieren a teorías educativas, que se avienen bien a sus necesidades defensivas, como soporte ideológico de estos comportamientos. De esta manera queda dañada no sólo la capacidad del bebé de calmarse autónomamente, sino y sobre todo, la posibilidad de reproducir alucinatoriamente la satisfacción del deseo, germen de la vida mental, que de alguna manera queda limitada desde su raíz. Las posibilidades de una construcción alucinatoria, naufragan en la sobreexcitación de un bebé que no encuentra la calma y de una madre que no se la puede dar porque no tolera la posibilidad de una vida separada y de un pensamiento o vivencia, todavía en el nivel sensorio-motriz, separada de la suya.

Otro hito en la construcción de la identidad, lo constituye la primera y principal regresión narcisista, el sueño, que supone igualmente una separación imposible de tolerar para algunas madres e hijos, también en la medida que empieza a fraguarse otra separación más definitiva. Vemos a la madre que visita sin necesidad al bebé, lo agita en sus brazos y lo inquieta en lugar de calmarlo, aunque sea este el propósito consciente, expresando así la dificultad para separarse de él. Impide que se entregue en el sueño, como lo hemos visto en la vigilia, a la satisfacción alucinatoria estructurante primaria de su identidad separada. Pensar es antifusional. Es el germen para la consecución de una identidad autónoma. Conducir al paciente a pensar autónomamente es nuestra propuesta como psicoanalistas y hacia esa meta se dirigen nuestros esfuerzos, convencidos de que es el logro máximo en la consecución y preservación de nuestra salud.

Evidentemente el bebé no es un elemento pasivo en la relación. A veces el niño con su insomnio responde a esta angustia de separación o quizá ha aprendido a provocarla para no sentirla. No sabemos con claridad cuando pueden empezar a funcionar los mecanismos de identificación proyectiva; pero sin duda que son mucho más precoces de lo que suponemos. Me parece interesante la noción de Terése Benedek de *espiral transaccional*, en la que los dos

miembros, en este caso de la pareja primordial, conjuntamente contribuyen a construir una determinada modalidad de relación.

Sea como sea, en este momento se generan las primeras intrincaciones de la vida mental y somática, especialmente en lo concerniente al sistema inmunitario. Muchos síndromes que tienen un origen autoinmune reconocen su origen en estos momentos de la vida y en la incapacidad para elaborar y representar la soledad y la existencia separada.

Para entender como se produce la emergencia de la sintomatología no disponemos sino de la observación de la clínica, la intuición y el amparo de nuestros desarrollos teóricos. Pobre bagaje en unos tiempos en los que lo que no se puede medir no existe. Eso no nos exime de nuestra responsabilidad de intentarlo.

Pero ¿qué es lo que se expresa por vía somática? Freud situó la pulsión en el límite entre lo mental y lo somático. A día de hoy nadie ha podido contradecir este concepto de pulsión que sigue manteniendo toda su vigencia y su misterio. Algo que es mental y por tanto inaprensible y que a la vez está enraizado en la materialidad física de lo somático. Freud definió dos polos de la pulsión. Uno más del lado de lo mental, otro más del lado de lo somático. Respectivamente la representación y el afecto. Toda pulsión esta constituida por afecto y representación.

La representación es la parte ideativa, consistente en una fantasía que aglutina las huellas mnémicas de las primeras experiencias de satisfacción, conducidas por las profantasías originarias y en permanente proceso de remodelación por las experiencias actuales, si bien son tanto más definitorias cuanto más tempranas. La otra parte de la pulsión es vivencial, ligada a la noción de carga y es lo que entendemos por afecto.

Los afectos según nos aclaró Freud constituyen la parte energética 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, 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. De hecho el afecto siempre está ligado a una descarga somática. La tristeza se acompaña de lágrimas, el hambre de secreción de saliva y jugos gástricos o la excitación sexual de expresiones somáticas bien evidentes en diversos distintos órganos. La angustia aparece siempre rodeada de un numeroso cortejo de manifestaciones somáticas cuya sola enumeración excedería los límites de esta exposición, etc. No hay parte del cuerpo ni función somática, que no pueda estar afectada o

ser cauce de expresión de la angustia. Brevemente nombraré algunas como hipertoniás musculares, disnea respiratoria, miosis o midriasis de las pupilas, polaquiuria, cólicos, taquicardia, sudoración, acúfenos, vértigos, etc.

Luego estudiaremos con mas detenimiento la construcción psicósomática del síntoma desde la pulsión. Por el momento sólo apuntar que afectiva es la portadora de la carga psíquica que se manifiesta en forma somática aberrante. Puede hacerlo de dos formas. A través de una manifestación histérica o psicósomática.

Como sabemos bien, en la teoría las diferencias entre trastornos histéricos y psicósomáticos, no pueden ser más claras. Los trastornos histéricos se caracterizan porque no van acompañados de lesiones anatómicas, dependen de la inervación de la vida de relación y constituyen la expresión simbólica de un conflicto, habitualmente inconsciente. Por otra parte en la histeria, los trastornos de sensibilidad, no se ajustan a las trayectorias bien conocidas de la inervación, lo mismo que las parálisis. Si les prestamos alguna atención, siempre nos sugieren un significado, muchas veces sexual o afectivo que el paciente rechazaría en su conciencia de saber su significado. Así pues, es a partir de la fantasía inconsciente de donde se organiza el síntoma.

En los trastornos psicósomáticos por el contrario, encontramos una lesión anatómica, dependen de la inervación que rige la vida vegetativa y carecen de toda significación, esto es no son la expresión simbólica de un conflicto. La manifestación sintomática no es posible ponerla en relación con la escenificación de lo imaginario, sin forzar el sentido común. En cambio los veamos aparecer o evolucionar en relación con un conflicto mental, por lo que entendemos que hay un enlace con lo psíquico cuya naturaleza y modos de acción desconocemos casi siempre.

Sin embargo la realidad no se deja clasificar con tanta facilidad. Las hipertoniás musculares y sus consecuencias sobre las articulaciones, ligadas a las situaciones de ansiedad crónica, serían el ejemplo más sencillo. Más complejo sería la aparición de megacólon ligado a hábitos retentivos en niños deprivados o sobreexigidos en la época de control de esfínteres, o sencillamente que han sobreinvertido el control, el dominio y la retención, entre los que encontraremos los futuros neuróticos obsesivos. Los trastornos funcionales, ligados al estrés, están en esta misma línea, simple de entender pero complicado de tratar. A veces encontramos asociaciones extrañas. Por ejemplo los niños estresados duermen peor no alcanzan lo suficiente la fase R.E.M. del sueño en la que se libera la hormona del crecimiento y consecuentemente, encontramos a veces que se detiene su crecimiento.

La angustia tiene de interesante para nuestro tema, el hecho de ser un fenómeno psíquico organizado y acompañado de manifestaciones somáticas. Su aparición está ligada a tres posibilidades. La angustia frente a lo real, concepto siempre discutible. También puede aparecer

ligada a las neurosis llamadas por Freud actuales. Esto es un hecho actual hace que la tensión psíquica aumente, y desborde la capacidad del aparato mental. Y por último surgiendo de conflictos inconscientes en las neurosis llamadas de transferencia, especialmente en la llamada histeria de angustia o fóbica.

Pero también podemos considerar la angustia, como el emergente psíquico primordial que aparece en lugar de cualquier afecto, cuando este no ha podido ser debidamente representado o no puede ser vivido como tal, y por tanto la somatización acompañante, como el equivalente de descarga, de la parte de expresión somática que no ha alcanzado a organizarse o no le ha sido posible alcanzar una expresión adecuada.

Pasemos ahora a describir otro modo de enfermar, que tiene que ver con enfermedades recurrentes, crónicas, que evolucionan por brotes y que tienen que ver muchas veces con respuestas de nuestro sistema inmunitario. Como nos ha enseñado P. Marty, la desorganización progresiva consiste en una perturbación del comportamiento psicosomático, de sus funciones y en última instancia de los órganos que las sustentan. Tiene un sentido contraevolutivo, esto es, se pierden en primer lugar los funcionamientos más tardíamente adquiridos en la evolución filogenética. Así los primeros que desaparecen o se desorganizan son los de orden mental y posteriormente los somáticos.

Los fenómenos de regresión somática, están ligados a la cadena fijación-regresión, que tan bien conocemos en el plano mental, desde el psicoanálisis. Estos trastornos tienden a repetirse periódicamente en cada individuo, no suelen revestir gravedad, son pasajeros y habitualmente no dejan secuelas. Podríamos decir que son autolimitados, a diferencia de la desorganización progresiva, que, como hemos apuntado, puede avanzar hasta la muerte del individuo

La angustia constituye el paradigma del síntoma psicosomático y su estudio nos proporciona el modelo ideal para la comprensión de los procesos del enfermar, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo. Las angustias difusas definidas por P. Marty, son consecuencia de la acción de los aspectos peor representados de la pulsión, y también de desfallecimientos del aparato mental en su misión primordial de ligar la excitación somática a una representación. O, dicho de otro modo, de entender la naturaleza de nuestras tensiones, de mentalizarlas y calmarlas. Los excedentes de angustia dejan bien a las claras las dificultades del aparato mental para tramitar la desproporción de las fuerzas con las que nos debemos enfrentar.

Hay tres momentos decisivos para el futuro del psiquismo en los que aparece la angustia. El primero es la ya citada *angustia ante el extraño del octavo mes*, también llamada fobia primaria, descrita por R. Spitz. 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 preedípico, 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.

El tercer momento típico 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, la adolescencia y más concretamente los problemas de representación que se dan en ella, han ocupado un papel central. Tan tempranamente como en el Proyecto de Psicología para Neurólogos de 1.895. Recapitulemos brevemente sobre el caso de Emma de este texto de Freud. A la edad de ocho años, Emma había ido a una pastelería, en la que el dueño había tocado sus genitales. Volvió una segunda vez, en la que se repitió la experiencia, y no habría vuelto más durante años. La aproximación durante la adolescencia a la pastelería le produce una intensa angustia, cuya naturaleza desconoce, pero que vincula con su vestido del que cree se burlarán los empleados de la tienda.

En este caso quedan definidas las ideas que constituyen el núcleo de la actividad inconsciente. Llama la atención, que Freud tiene ya en ese momento, una idea muy clara de cómo funciona la vida mental, aunque evidentemente es mucho lo que le queda por averiguar. Lo que sí hace en este trabajo, es descubrir el profundo clivaje existente entre la latencia y la adolescencia, aunque no ha descubierto todavía que ello se debe al trabajo de la represión. Cree en este momento, que se trata de una falta de conocimientos por parte de la adolescente Emma en materia de sexualidad, por lo que no entiende la naturaleza de las excitaciones que la invaden. Lo que no impide a Freud definir que las representaciones hiperintensas de la histeria, a diferencia de las que se producen en la vida corriente por hechos que nos impactan profundamente, son incomprensibles, insolubles mediante el trabajo de pensar e incongruentes con las circunstancias a las que están asociadas, como en el caso de Emma con los vestidos. Tienen en cambio una poderosa capacidad para producir profundas alteraciones en nuestra mente. Ahora añadiremos que también en nuestro cuerpo. Algo más que el desconocimiento, la falta de información, debe ocurrir para desencadenar tales consecuencias.

Por todas las razones dichas se creará un estado traumático, que mantendrá un núcleo de representaciones fuera de la tramitación normal por parte del aparato psíquico. Esto es: Excitación somática, representación de cosa y representación de palabra, o lo que es lo mismo, sensación corporal, ligadura a una escena y finalmente reconocimiento verbal, intelectual, que están destinadas a ocupar respectivamente de preferencia los niveles somático, inconsciente y preconscious.

Sabemos que en especial la sexualidad infantil, es reprimida en lo inconsciente, dominio como hemos dicho de la representación de cosa, de donde retornará, como en el caso de Emma, en forma de simbolismos cargados de angustia, sin posibilidad de comprensión racional. Ello se deberá en buena medida a que la sexualidad infantil tiene algunas características diferentes de la adulta. Sin pretender abarcar todas sus peculiaridades, podemos decir que es más inconsciente está más ligada a representaciones de cosa, es más polimorfa, remite a objetos parciales y está más vinculada a la experiencia sensorio-motriz y al órgano que a la representación mental. Ello influye no poco en los clivajes que separan la sexualidad infantil de la adolescente.

Lo entenderemos mejor a través de un ejemplo. El olfato es más importante en la infancia que después en la vida adulta. Entre otras razones porque la nariz está en la infancia a una altura diferente que cuando somos adultos; pero también porque como hemos dicho es más polimorfa y sensorial que mental. El clivaje aparece en la medida que no es reconocida a veces la naturaleza sexual de una excitación olfatoria. De aquí que muchas veces aparecen manías obsesivas de limpieza para evitar olores, que en el fondo proceden de la sexualidad infantil reprimida más que de la realidad. En ocasiones son verdaderos delirios de emitir olores o de percibirlos. Se trata de representaciones parciales de una sexualidad infantil difícil de reconocer por el adulto, sumamente angustiosas como encontraremos en muchos pacientes.

Lo sensorial y lo emocional prima sobre lo representacional en el niño. Lo auditivo suele constituirse en huella mnémica de la escena primaria con muchísima más frecuencia de lo que somos capaces de detectar habitualmente. También acabo de destacar la importancia de lo olfatorio. Sobre lo visual puedo decir que tuve la oportunidad de analizar a un adolescente que había desarrollado una ceguera histérica durante la latencia. Visitó a los mejores especialistas del mundo en oftalmología, hasta que le diagnosticaron la naturaleza emocional del padecimiento. Yo le traté siendo adolescente. Sufría entonces una intensa rivalidad con el padre y entre sus síntomas aparecían pseudopercepciones que a veces se podían calificar de verdaderas alucinaciones referidas a la habitación de los padres, de donde percibía alucinatoriamente un ruido como de una lavadora y en ocasiones también veía destellos o escenas fugaces imposibles

de definir, del estilo de lo que Bión llamaba alucinaciones evanescentes, que le resultaban muy inquietantes.

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.

Decíamos que se somatiza lo no representado. De todas formas el problema de la falta de mentalización se ha radicalizado en exceso. Ya en P. Marty encontramos la idea de que existen diferentes grados de mentalización, y que la mentalización esta sujeta a variaciones temporales dependiendo de traumatismos, procedentes de dentro o fuera del aparato psíquico. Es imposible que no haya al menos alguna representación de la pulsión. Para empezar porque según dice muy acertadamente Freud, el objeto está in, vestido antes de ser conocido. Hay una protorepresentación innata tanto del objeto como de la modalidad natural de satisfacción de la pulsión, que tiende a manifestarse en el mundo de las relaciones. Otra cosa son las trabas que puede encontrar dicha expresión, tanto en vertiente mental como en la somática, como hemos visto a veces prácticamente insalvables. Pero tanto en un aspecto como en el otro el bloqueo de la expresión natural de la pulsión no será gratuito. Habrá consecuencias. La capacidad de adaptación de la pulsión tiene un límite, más allá del cual aparecerán necesariamente consecuencias de todo tipo.

Las consecuencias pueden quedar en el terreno mental, la histeria o trascender al cuerpo la psicósomática. La clínica también pone de manifiesto que coexisten en la misma persona una y otra patologías, como en el caso de la alopécica que describiré, en el que además de la alopecia sufría numerosos síntomas histéricos.

Como hemos analizado las diferencias entre histeria y psicósomática no pueden ser más claras; pero la realidad en ocasiones nos pone frente a situaciones en las que no nos resulta tan fácil hacer esta diferencia, ni en las manifestaciones clínicas, ni en los mecanismos de adquisición de las mismas. Múltiples experiencias, nos ponen sobre la pista de numerosos trastornos somáticos con lesiones anatómicas probadas, en los influye en alguna medida la representación de lo que allí se está jugando y que la elección de órgano o la manifestación clínica, aparece en la medida que se aviene a un sentido simbólico similar a la histeria. Especialmente en la patología de la piel, encontramos enfermedades que se comportan como histerias en su expresividad. Por ejemplo en el caso de la muchacha que he citado con dermatitis

detrás de las orejas, las tenía de soplillo, grandes, despegas y muy llamativas. Lo sorprendente del caso fue que se curaron inmediatamente después de la operación de cirugía estética que devolvió las orejas al anonimato. La curación de la dermatitis se produjo tras varios años de permanecer el síntoma que había sido tratado con corticoides y todo tipo de recursos médicos, especialmente en una muchacha tan frecuentadora de los servicios de salud, como he descrito. La conclusión fue que esa zona había sido intensamente investida, al recibir casi en exclusiva la mirada de los demás. Después de la operación, su actitud demostraba que era su cuerpo lo que mostraba con el orgullo seductor de la adolescente, y las orejas habían desaparecido de su punto de atención. Parecería un desplazamiento histérico; pero había lesión anatómica.

Con muchas manifestaciones asmáticas ocurre lo mismo. A veces el ataque de asma nos parece la expresión del jadeo erótico, por el contexto en que se produce. He tenido ocasión de ver a una madre separada, que había formado una nueva pareja, y que mantenía con un adolescente, hijo de la pareja anterior, una relación intensamente edípica. Me describía crisis asmáticas simultáneas de ambos en mitad de la noche, a las que resultaba difícil no atribuir un sentido. Lo cierto es que respondían a las terapias convencionales.

En la búsqueda de solución teórica a estos hallazgos clínicos, recurrí a la noción de histerificación secundaria del síntoma somático, término que desarrollé a partir de su utilización por M. Fain en *El niño y su cuerpo* para designar algunos comportamientos del niño enfermo. También denominé a este mecanismo resignificación secundaria del síntoma somático. Con estos términos señalaba la posibilidad de dotar de sentido, a un síntoma que había nacido sin él. Como he destacado, una de las funciones prioritarias del aparato mental es la de encontrar un sentido a nuestras experiencias, siendo por tanto una tendencia universal. Obviamente esta significación puede ser consciente o inconsciente o por mejor decir, casi siempre predomina lo que inconscientemente busca encontrar un sitio que le es negado por la represión.

Por estos procedimientos podríamos explicar, como adquiere representación y sentido, un síntoma que nació sin él. Un síntoma somático ha sido tomado por la parte inconsciente de la pulsión, o el afecto, como vehículo expresivo de la representación de una satisfacción de deseo, quizá incluso de su castigo. Pero de cualquier manera estamos en el terreno de la histeria. La histerificación es secundaria y todo queda en el terreno de lo mental. El síntoma, que preexistente, se convierte en cauce expresivo de un proceso inconsciente también preexistente.

Lo que no hemos explicado hasta ahora, es la posibilidad de que aparezca un síntoma ligado a un sentido, y que sea justamente ese sentido el que lo haga aparecer, como vemos en la clínica. La representación mental llama al cuerpo a expresarse a través de una enfermedad, y no al

revés. Esta posibilidad es lo que siempre habíamos negado. Como decía antes con M. de Muzan hemos dicho siempre, que el cuerpo no puede ser tan listo; La clínica como en los casos he comentado, me ha demostrado que sí lo es. Para explicar estos procesos de somatización, sugerí 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. El ejemplo más simple es a través de la hipnosis. Se sugiere al individuo hipnotizado con la idea de que tiene frío y su cuerpo “sabe” como producir una vasoconstricción. Este mecanismo se ha utilizado en la anestesia por hipnosis, para disminuir el sangrado de la herida quirúrgica. Ya no es sólo, que se provoque la representación mental por sugestión, de una emoción o una sensación, el frío, sino que es posible provocar una manifestación somática por sugestión. También se han podido producir reacciones cutáneas por el mismo procedimiento.

El cuerpo sabe como hacer algo y lo hace; Pero lo mismo que puede hacerlo por una sugestión inducida experimentalmente, lo hace 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 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 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 logradas a través de la historia de la especie, igualmente de la filogénesis. La constancia en la aparición de algunos cuadros somáticos me hizo pensar en sistemas más o menos marcados por la filogénesis en el fracaso de la 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 o el acné tan común en la adolescencia se ve con mucha frecuencia en muchachos de una timidez extrema. Da que pensar si no es una forma más grave y peor representada, del rubor tan normal del 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 desligazón, 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 estaría dispuesto a manifestarse siempre que la construcción normal del afecto o la pulsión fracasasen. La expresión somática ocupa en mayor o menor medida, pero siempre parcialmente, el espacio faltante del afecto. Llamé a este mecanismo, **construcción aberrante primaria**.

Otro mecanismo de trastorno por memoria humoral, es la neoformación de respuesta, a través de una construcción après coup. 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 este fracasa. 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.