

EL ESTRÉS Y LAS MANIFESTACIONES PSICOSOMÁTICAS EN LA ADOLESCENCIA

Encarna Amorós Ruiz¹

RESUMEN

La enfermedad psicosomática se manifiesta ante el fracaso en el reconocimiento de las propias emociones, cuando el dolor psíquico no puede ser representado. El cuerpo está atravesado por la historia del vínculo infantil, la manifestación psicosomática que irrumpe en la adolescencia conllevará nuevos sufrimientos. La ansiedad aparece acompañada de manifestaciones somáticas, no hay parte del cuerpo ni función somática que no pueda estar afectada. Ante el estrés, podemos utilizar un repertorio de somatizaciones que nuestro psicósoma ha adquirido en su historia personal para expresar aquello que no podemos manifestar de otra forma. La somatización puede ser una forma de defensa psíquica primitiva en la que el sujeto evacua por canales corporales los aumentos de tensión no procesados por el psiquismo.

Palabras clave

Psicosomática. Adolescencia. Ansiedad. Estrés. Vínculos. Dolor psíquico. Somatización.

ABSTRACT

Psychosomatic illness manifests itself in the failure to recognize one's own emotions, when psychic pain cannot be represented. The body is traversed by the history of the infantile bond, the psychosomatic manifestation that erupts in adolescence will entail new sufferings. Anxiety is accompanied by somatic manifestations, there is no part of the body or somatic function that cannot be affected. In the face of stress, we can use a repertoire of somatizations that our psychosoma has acquired in its personal history to express what we cannot express in other ways. Somatization can be a form of primitive psychic defense, in which the subject evacuates through bodily channels the increases of tension not processed by the psyche.

Keywords

Psychosomatics. Adolescence. Anxiety. Stress. Bonds. Psychological pain. Somatization.

Introducción

La patología psicosomática es expresión de la realidad psíquica escindida del paciente, de las emociones que no son visibles ni tangibles. Muestra un modo de funcionamiento mental que se caracteriza por la aparición de somatizaciones ante situaciones de estrés. La enfermedad psicosomática es el resultado de lo no dicho, de lo no

¹ Psicóloga Clínica, Psicoanalista, Miembro del Centro Psicoanalítico Valenciano (APM), Miembro del IEPPM y del Comité de Redacción de la Revista de Psicoterapia y Psicosomática. Valencia. amorosruizencarna@gmail.com

tenido en cuenta, de afectos mal mentalizados. Es fruto de interdependencias patógenas y una expresión del sufrimiento psíquico.

El cuerpo nos interpela durante toda la vida, desde el nacimiento, donde el desarrollo de la mente del bebé y la posibilidad de simbolización es una co-construcción entre el sujeto y los otros significativos (Rotenberg, 2021). Las manifestaciones psicosomáticas pueden ser un modo de expresión de los afectos. Todos podemos somatizar. No es necesariamente un estado permanente; si el sujeto puede expresar y solucionar sus preocupaciones y ansiedades o si el contexto que lo rodea se modifica favorablemente, dejará de somatizar.

La adolescencia es considerada una etapa de crisis. Conlleva nuevas formas de enfrentar el mundo, pero también va acompañada de momentos regresivos en los que prevalece la necesidad de retorno a la dependencia. Es un proceso en el que se aunan los cambios psíquicos y físicos, iniciados en la pubertad, y la irrupción de la sexualidad genital, precipitando una nueva mirada hacia sí mismo, hacia un cuerpo que ha sido transformado por el desarrollo puberal, como nos dice Freud en *Las metamorfosis de la pubertad* (III Parte de Tres ensayos de teoría sexual, 1905). Cuando la ansiedad no es tramitada psíquicamente, sino que es puesta en el cuerpo, se busca el cuidado al estado de sufrimiento a través de la enfermedad, mostrando una frágil integración de la psique y el soma.

Este cuerpo está atravesado por la historia del vínculo infantil con los seres más significativos, con los nuevos referentes, que son el grupo de pertenencia adolescente, y los mensajes culturales acerca de la imagen corporal. Cuando la manifestación psicosomática irrumpe en la adolescencia, en muchas ocasiones conlleva nuevos sufrimientos y el rechazo de la propia imagen.

El cuerpo-soma está atravesado por la temporalidad, por el vínculo con los otros significativos, por la internalización de la mirada de los otros, por nuestra propia mirada... Proceso que nos llevará a aceptar nuestro cuerpo o, por el contrario, a sentirlo como ajeno en ciertas patologías, ya que puede parecer extraño cuando comienza a fallar en la enfermedad.

Desde la mirada psicoanalítica, volvemos a rescatar sentidos subjetivos al propio devenir, enfrentando y poniendo en palabras vivencias emocionales, incluyendo siempre la temporalidad inconsciente y cronológica. Se trata de poner palabras a lo mudo, a la ausencia de metáforas en el lenguaje de los padres, que muchas veces se cosifica en la irrupción de la patología somática en los hijos.

Si bien la patología orgánica tiene múltiples desencadenantes: genéticos, ambientales, emocionales, etc., nos ocupamos de los factores emocionales en la eclosión de la patología corporal y del impacto emocional por la irrupción de la enfermedad (Rotenberg, 2021).

La patología genética no es destino, es importante que el sujeto pueda superar posibles vivencias paranóicas de aniquilamiento generadas al enfermar, que lo pueden llevar a desarrollar una fijación y estar pendiente de cada signo corporal. El sujeto que padece una enfermedad posee una historia y tiene fantasías, sueños y traumas más allá de su enfermedad.

La adolescencia

La adolescencia es una etapa que se caracteriza por la necesidad de aceptar e integrar los cambios corporales y sexuales, además de tramitar la agresividad y reestructurar la propia identidad.

Birraux considera que el adolescente se enfrenta a un doble cuerpo; el cuerpo de la infancia, conocido, omnipotente y en el que se han sedimentado las huellas de placer y displacer; y el cuerpo puber, nuevo, sexual, desconocido y que no está representado porque todavía no ha sido experimentado.

El sentimiento de extrañeza asociado a los cambios puberales y a la pérdida de referencias y de límites lleva al adolescente a tratar su cuerpo como un objeto extraño a su vida psíquica. Tratado como un objeto que no forma parte de sí mismo, puede ser el depositario del odio, de la agresividad, de lo malo, lo sucio, lo feo... de todos los afectos amenazantes para su propio psiquismo.

Contra el cuerpo se pondrán en marcha todas las defensas de las que dispone el adolescente en una tentativa de controlar el cambio,

que expresa el miedo a crecer y el deseo inconsciente a permanecer en la infancia (Birraux, 2007).

La dificultad para aceptar estos cambios corporales, con el exceso de tensión y la nueva cualidad que tiene la excitación, pueden llevar a una incapacidad para gestionarla, que derivará, en unos casos, en una somatización y, en otros, en una descarga a través de la actuación (Amorós, Renes, Vidal, Puchades, 2016).

La adolescencia es un momento típico de emergencia de la ansiedad, revive como en los orígenes el trauma del desamparo. Es en este periodo cuando se reactiva la sexualidad infantil inconsciente, que persiste en nosotros a lo largo de toda la vida de manera reprimida o escindida.

¿Cómo podemos entender el funcionamiento, la evolución y el modo de enfermar del sujeto? Es necesario remontarse a los orígenes de la constitución psíquica, retroceder a los primeros tiempos del desarrollo, a los momentos de formación del psiquismo temprano. Consideramos fundamental para la investigación psicósomática conocer cómo han sido los primeros cuidados, los primeros vínculos, para poder dar cuenta de la compleja relación entre mente, cuerpo, afectos y vínculos.

Los síntomas que se manifiestan corporalmente no solo obedecen a los propios conflictos intrapsíquicos del sujeto, sino que pueden exteriorizar el conflicto con los objetos a los que el niño está vinculado. La vivencia afectiva y vincular ocurre de forma simultánea en la psique y en el soma. Se trata de comprender el fenómeno psicósomático a partir de la disociación de esa integridad, teniendo en cuenta, a su vez, la complejidad del concepto de trauma, considerado no como un evento puntual sino como un marcador de la historia vincular del sujeto.

No solo hay repetición intrapsíquica, hay una repetición que involucra la vida de los hijos. La sombra de lo no elaborado de los padres se transmite a otras generaciones y afecta la constitución psíquica de los hijos. La patología psicósomática puede ser una de las manifestaciones de los efectos de la transmisión de lo no dicho y no pensado transgeneracionalmente (Rotenberg, 2021).

El desamparo y desvalimiento que caracterizan al ser humano al nacer, por su prematuridad e impotencia, hace que este necesite los cuidados de los progenitores para su subsistencia. La transposición del conflicto y de la angustia en síntomas somáticos dependerá de la cualidad de las relaciones de objeto del niño. Estos síntomas son generados por el tipo de vinculación entre la madre y el niño, donde la oscilación cercanía-separación, dependencia-independencia se pueden dar por exceso o por defecto.

En la clínica con adolescentes nos encontramos ante síntomas somáticos que parecen tener un sentido particular en la vida de las relaciones y las emociones del sujeto. Se pueden ver distintas modalidades de la enfermedad: desde organizaciones sintomáticas más lábiles y fluctuantes, que involucran distintos órganos en diferentes momentos y que muchas veces aparecen ante una situación de crisis vital, a constelaciones de mucha mayor fijeza y rigidez.

Acuden a nuestras consultas adolescentes con alergias, problemas dermatológicos, sintomatología reumática, cefaleas, cansancio, trastornos endocrinos, patologías digestivas, enfermedades autoinmunes, por citar solo algunas. En muchos casos, uno de los padres tiene la misma enfermedad u otra que ocasiona estos mismos síntomas. Podemos darle un significado, entender estos síntomas como una identificación del adolescente a la patología somática del progenitor. En familias en las que la exteriorización del afecto está prohibida, el cuerpo se convierte en el mediador del intercambio afectivo (Muñoz-Martín, 2019).

Los adolescentes dependen de sus padres para su subsistencia emocional y física. Pero lo que es más inconsciente es la dependencia de los padres de sus hijos. En la clínica nos encontramos con padres que aparentemente cuidan del adolescente, pero muchas veces es el hijo o la hija el sostén de sus padres y el que da sentido a la vida de ellos. En estas familias, las dependencias se dan en ambos sentidos.

Psiquismo temprano y psicósomática

Winnicott (1949) considera que la alteración psicósomática implica una falla materna que deja al infante sin los elementos esenciales para el desenvolvimiento de los procesos de maduración.

Durante los primeros meses de vida, el infante no puede diferenciarse del objeto. Sus estados emocionales, vivenciados intensamente, corresponden a hechos internos y externos. Todavía no ha integrado ninguno de estos acontecimientos en una estructura psíquica, continúa en un estado de fusión con la madre, no ha establecido la diferencia yo-no yo.

A medida que se va alejando del objeto, va descubriendo que lo necesita. Si la madre está presente continuamente, el infante se queda en un estado narcisístico, como en el primer mes de vida, en el que no se puede separar. Empieza a evolucionar en el momento en que la madre desaparece.

El estudio del desarrollo de los síntomas psicósomáticos demuestra que la frustración, la aflicción y la angustia deben ser experimentadas en un equilibrio óptimo, con una función materna suficientemente buena.

Las fallas maternas eventuales favorecen el desarrollo sano. Lo patógeno no es la falla en sí, sino la atmósfera en la que ocurre. Es la egocentricidad, el narcisismo, la falta de empatía de la madre que usa al bebé para cubrir sus propias necesidades narcisistas lo que, a través de diversas actitudes, impide el desarrollo normal del proceso de simbolización del hijo (Bekei, 1992).

Siguiendo la teorización de Winnicott, Gaddini (1996) señala que la reminiscencia de la percepción cutánea experimentada durante la fusión con el pecho es evocada por el infante como una función protectora. El objeto evoca la reminiscencia de sensaciones somáticas, percepciones táctiles y posturales, que reviven el tiempo feliz de la reunión postnatal con la madre.

Para que este símbolo de reunión sea creado, es necesario que este tiempo feliz se pierda después de haber tenido la oportunidad de experimentarlo de una manera óptima. Las sensaciones de la piel

combinadas con la estimulación kinestésica derivada de la situación de sostén están contenidas en esta creación, proveyendo funciones somáticas de las que luego sentimiento de vacío interno, este proceso no será sencillo para el hijo porque percibirá el riesgo psíquico en ambos padres, o en uno de ellos, y aparecerá el temor ante el posible ataque a su propia integridad.

Regresión somática, trastornos psicosomáticos y trastornos conversivos

Se han definido clásicamente como psicosomáticas una serie de enfermedades en las que el daño somático irrumpe a partir de un conflicto psíquico no reconocido como tal por el sujeto. Fischbein (2017) considera que el único estado psicosomático de integración entre mente y cuerpo es la salud, siendo esta un estado ideal de integración.

La patología es efecto de algún grado de escisión mente-cuerpo, no se concibe ninguna enfermedad corporal sin un correlato psíquico y viceversa. A partir del estudio en profundidad de los mecanismos de escisión y desmentida, se manifiesta su influjo sobre la alteración primitiva de la unidad psicosomática.

Según Winnicott (1964) en el trastorno psicosomático, la verdadera enfermedad es la persistencia de la escisión en la organización yoica del paciente. Esta disociación mantiene separada la disfunción somática del conflicto psíquico.

Remite a un funcionamiento no neurótico, expresión del inconsciente no reprimido. Se trata de la puesta en acto de huellas sensoriales primitivas, anteriores a la palabra, potencialmente traumáticas y sin transformación, que al ser investidas por un exceso de excitación endosomática, no logran alcanzar la representación psíquica.

La somatización puede ser una forma de defensa psíquica primitiva en la que el sujeto evacúa por canales corporales los aumentos de tensión no procesados por el psiquismo. Se repite el fracaso del vínculo con la madre, quien, desde su estructura narcisista, no pudo satisfacer los anhelos de su bebé ni ayudarlo en la inscripción psíquica.

ca de sus procesos somáticos, ya que estos aumentaban su propia angustia por no poder descifrar las demandas del cuerpo del hijo, que le resultaba ajeno y extraño. El soma es vivenciado como una exteriorización respecto a la mente y en él se drenan los excesos de carga que no pueden ser procesados.

Como seres humanos somos esencialmente psicosomáticos y formamos parte de una estructura vincular. A continuación, vamos a desarrollar qué diferencias podemos encontrar entre la regresión somática, los trastornos psicosomáticos y los trastornos conversivos o histéricos. Más adelante, veremos cómo entendemos la somatización con relación a los vínculos y al fracaso de la representación, resultante del vacío psíquico. Ante el vacío representacional, en el tratamiento se pone en juego nuestra creatividad como terapeutas para generar un nuevo modo de trabajo.

De Miguel, citando a P. Marty, describe los fenómenos de regresión somática. Estos fenómenos regresivos son cuadros repetitivos, específicos de cada individuo, habitualmente leves, que, tras su padecimiento, restituyen al individuo a su estado anterior y no suelen dejar secuelas graves. Pero en ocasiones pueden manifestar una importante cronicidad que condiciona la vida de quien los padece y lo pueden amenazar gravemente. Una reacción alérgica puede ser temporal, mientras que una psoriasis sería crónica (De Miguel, 2010). En la dermatitis se pone de manifiesto que el límite de la propia piel es incapaz de contener al sujeto y de proteger lo que contiene. El tratamiento físico de la dermatitis garantizaría el contacto continuo.

La memoria, como registro y fuente de repetición de la somatización, va asociada a la emoción. El estudio de la psicosomática en la adolescencia pone de manifiesto estos mecanismos; se trata de encontrar la forma en que estas inscripciones se desarrollan en el cuerpo, en el psicosoma, ya que la psique y el soma son partes del sujeto con funciones específicas. Mente y cuerpo entran en reverberación, provocando una fijación somática desde la infancia.

Cuando nos encontramos ante un trastorno psicosomático, tanto si hay lesión anatómica como alteración funcional, depende del sistema vegetativo y no parece la expresión simbólica de un con-

flicto inconsciente. La enfermedad psicósomática actúa como una defensa frente al dolor psíquico. Una amigdalitis puede ser consecuencia de un estado emocional en la que sí que aparece una lesión anatómica. Depende de un conflicto mental, por lo que entendemos que hay un enlace con lo psíquico, pero cuya naturaleza y modo de acción desconocemos casi siempre.

Los trastornos de tipo conversivo o histérico, en cambio, no comportan lesiones anatómicas y dependen de la vida relacional del sujeto, constituyendo la expresión simbólica de un conflicto inconsciente. El cuerpo funciona como un escenario en el que se representa una fantasía mental. Los trastornos de sensibilidad no se ajustan a la trayectoria de la inervación, el síntoma aquí se organiza a partir de la fantasía inconsciente (Muñoz-Martín, 2019).

Psicósomática y vínculos

Consideramos que la enfermedad psicósomática se produce por un fracaso en la vinculación ligado a un déficit en la representación. Como decíamos más arriba, los vínculos patógenos en los inicios de la vida impiden la integración del psiquesoma, fracaso que no permite que el sujeto sienta su cuerpo como propio, escisión mente-cuerpo que se manifiesta a través de la enfermedad somática. El sujeto queda atrapado entre ser uno mismo o tener que renunciar a aspectos auténticos de sí por amor al otro.

El reconocimiento por parte de los padres de que el hijo y su cuerpo no les pertenece genera efectos de integración psiquesoma en la mente del niño; su falta, la continuidad de la escisión entre la psique y el soma.

Las situaciones traumáticas en los adolescentes que no han integrado de forma satisfactoria la psique y el soma, que no han alcanzado en su desarrollo una capacidad de representación, desbordan el aparato mental, desorganizando primero la mente y después el cuerpo. El cuerpo se rompe por líneas de fragilidad que son propias de cada individuo, empujado por los diversos traumatismos y la imposibilidad de tramitarlos.

En la organización y construcción del psicósoma de cada sujeto están involucrados la genética y el desarrollo individual en sus estadios más tempranos. Nuestro cuerpo reproduce un trastorno somático desde la memoria psicósomática. Al igual que ocurre con la vida mental, las líneas básicas de la organización psicósomática se fraguan a través de la construcción de unas repuestas específicas e individuales desde el principio de la vida.

Son individuales porque, aunque están determinadas por la genética, pueden adquirir, como la vida mental, características que nos hacen irrepetibles, aunque suficientemente iguales como para conectar empáticamente unos con otros a pesar de los aspectos propios. Las respuestas somáticas estarán marcadas por la experiencia vincular y quedarán grabadas en la memoria somática, de la misma manera que la mente queda marcada por las experiencias emocionales y las huellas en la memoria determinarán nuestro carácter y nuestra manera de sentir y reaccionar.

El resultado terminará siendo diferente en cada individuo, en función del encuentro de la genética con el entorno, quedando inscrito dentro de la relativa plasticidad de lo compatible con la vida. La posibilidad de que estas respuestas, programadas por la epigenética, se imbriquen con factores emocionales es más importante, más determinante, cuanto más temprano es el momento que tomemos en consideración.

A partir de las investigaciones en psicósomática, ha quedado demostrada la adscripción de los síntomas somáticos a déficits de la representación de la vida emocional, sobre todo en sus aspectos más primitivos. La falta de representaciones mentales dará lugar a que las emociones se expresen en el cuerpo.

Se producen formas proclives a la descompensación somática cuando en la primera infancia se dan constelaciones relacionales afectivamente pobres que condicionan una fragilidad generalizada o relaciones perturbadas que conducen a trastornos específicos. Las perturbaciones del sueño por ansiedad de separación son muy frecuentes y, a veces, se vuelve insoportable para las dos partes: la madre y el niño. Podemos encontrar adolescentes que, desde la infancia, duermen con uno de los padres.

El sistema inmunológico, que en principio es heredado, se empieza a desarrollar de una manera autónoma en los primeros meses; su fragilidad está condicionada por las tensiones emocionales que tienen lugar en esta etapa. De ahí la importancia, gravedad y frecuencia de los trastornos autoinmunes. Están influenciados desde el psiquismo y con frecuencia observamos su aparición en adolescentes ligados a momentos regresivos. Podemos decir que lo mismo ocurre con otras funciones somáticas.

También el cólico de los tres meses se ha considerado un síndrome psicósomático ligado a una solicitud ansiosa por parte de la madre, que está pendiente de cualquier posible necesidad del bebé para satisfacerla o adelantarse a su emergencia, sin tolerar la más mínima frustración. Los problemas de alimentación en niños se pueden prolongar a lo largo de los años y dar lugar a problemas de anorexia o bulimia en la adolescencia, funcionamientos orales que constituyen defensas contra el reconocimiento de un objeto separado y del mundo externo (Gaddini, 2007).

Decíamos que un cierto grado de frustración es necesario para que se desarrolle la vida mental. El bebé ante la frustración desarrolla un proceso, según Freud (1900) “la satisfacción alucinatoria del deseo”, que proporciona una satisfacción temporal. 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; y la segunda, la falta de desarrollo del pensamiento en un momento en que debió aparecer y la descarga somática en forma de ansiedades primitivas.

Estas somatizaciones serán las primeras, tendremos aquí el germen de la carencia de representación mental y la emergencia de lo somático en sustitución de la actividad mental. La atención de las necesidades tomará la dirección del cuerpo, quedará una respuesta ansiosa ante cualquier tensión que impide la construcción de un aparato mental y psicósomático adecuado.

La expresión psicósomática al principio de la vida pertenece a dos individuos: el niño es el soma que siente, la madre es la psique que piensa el sentir del bebé. La vida mental se desarrolla en el psiquismo de la madre, que desempeña dos tareas fundamentales.

En primer lugar, la función calmante, reduciendo la excitación del bebé, y transmitiéndole la tranquilidad de estar protegido en sus brazos. Para dar esta tranquilidad, será necesario que la madre previamente tenga calma, algo que no siempre es así. A veces, las madres muestran una preocupación ansiosa por su bebé y le proyectan más angustia todavía. Si todo va bien, el bebé será capaz de introyectar esta función calmante y ejercerla por sí mismo progresivamente.

En segundo lugar, conseguida la calma, la madre dará sentido a la tensión del bebé a través de la comunicación, construyendo su vida psíquica. Dotará de palabras a las emociones; para ello, además de tener calma, deberá ser capaz de identificarlas. Esto no ocurre siempre, a veces porque no las comprende y otras porque las comprende pero no las soporta.

Siguiendo a Rotenberg, cuando las vivencias son emociones que no pueden ser compartidas, se mantienen con mucho gasto de energía psíquica para controlar la escisión del curso asociativo. El niño, que necesita al adulto para paliar la ansiedad, si se encuentra con unos padres que no toleran el sufrimiento, termina enfermando por no poder compartir la vivencia. El dolor compartido con alguien a quien se le tiene confianza de que podrá comprenderlo es el principio de la elaboración. El dolor sin compartir es pura angustia.

Cuando el padre o la madre están en un proceso de duelo melancólico, el niño puede tratar de mostrarse vital para sostener al adulto, pero, de esta forma, va ir construyendo identificaciones patológicas que lo llevan a estar disociado y dificultan la constitución del aparato psíquico. En niños y adolescentes nos encontramos con la expresión de las problemáticas emocionales en el soma debido a que la familia no habla del sufrimiento, pero le transfiere al hijo una carga de ansiedad que él no puede procesar (Rotenberg, 2021).

Ansiedad y estrés

La ansiedad es el emergente psíquico primordial que aparece en lugar de cualquier afecto cuando este no ha podido ser debidamente representado y, por tanto, la somatización que la acompaña es el

equivalente de la descarga, de la parte de expresión somática que no ha alcanzado a organizarse o no le ha sido posible alcanzar una manifestación adecuada.

La representación, si no es aceptable, puede tener diversos destinos, puede ser reprimida, rechazada, negada, escindida, etc. Los afectos, aunque tienen una cierta representación, ya que podemos pensar sobre ellos, constituyen aquello que se manifestará por vía somática. El afecto debe manifestarse necesariamente. Suele estar ligado a una descarga somática: la tristeza a las lágrimas, el hambre a la secreción de jugos gástricos, etc. (De Miguel, 2010).

La ansiedad aparece acompañada de manifestaciones somáticas, no hay parte del cuerpo ni función somática que no pueda estar afectada. El estrés puede provocar hipertrofias musculares, disnea, hipertensión arterial, cólicos, taquicardia, sudoración, vértigos, acúfenos, etc. La ansiedad aparece como expresión de cualquier aumento de tensión cuyo origen no es reconocido por el psiquismo, surge en lugar de cualquier afecto cuando este no ha podido ser representado, dotado de sentido.

Si la función materna no ha sido capaz de calmar o de darle un sentido a la excitación primaria que va en busca de la satisfacción, no se construirá una huella ligada a una experiencia de satisfacción.

Las ansiedades ligadas al sentimiento de pérdida de sí mismo, por haber vivido una experiencia de separación difícilmente contenible en la mente, son los aspectos peor representados; muestran los desfallecimientos del aparato mental en su misión de ligar la excitación somática a una representación, de entender la naturaleza de nuestras tensiones, de mentalizarlas y calmarlas. Los excedentes de ansiedad muestran las dificultades del aparato mental para tramitar la desproporción de las fuerzas a las que nos enfrentamos.

El trabajo de adolescencia es básicamente un trabajo de representación. Esta capacidad de representación puede estar sujeta a variaciones temporales, dependiendo de traumatismos procedentes de dentro o de fuera del aparato psíquico. El objeto está investido antes de ser reconocido, hay una protorepresentación innata tanto del ob-

jeto como de la modalidad de satisfacción, que tiende a manifestarse en el mundo de las relaciones.

Otra cosa son las trabas que puede encontrar dicha expresión, tanto en la vertiente mental como somática; pero tanto en una como en otra, el bloqueo de la expresión natural no será gratuito. Las consecuencias pueden quedar en el terreno mental, pueden pasar a la vía de la acción, tan frecuente en la adolescencia, o pueden pasar al cuerpo tomando una expresión psicósomática.

Podemos utilizar un repertorio de somatizaciones que nuestro psicósoma ha adquirido en su historia personal para expresar aquello que no podemos manifestar de otra forma. Los problemas de representación mental son muy amplios, tanto como las dificultades maternas para dotar de sentido a las distintas emociones del bebé.

El cuerpo toma el relevo de la mente, la somatización ha ocurrido en algún momento; es en la medida que la enfermedad se ajusta a representar algo interesante desde el punto de vista afectivo que se reactiva su emergencia. Se produce una ligadura de la representación a un trastorno somático ocurrido en la historia del individuo y tal trastorno se repetirá cuando se repita la vivencia a la que se ligó.

A través del tratamiento, los adolescentes pueden abrir nuevas vías mentales de representación y satisfacción de las necesidades, disolviendo las barreras de los rígidos ideales narcisistas y regresivos en los que estaban atrapados, con la posibilidad de combatir la enfermedad psicósomática en muchos casos. La labor analítica se dirige a ampliar la capacidad del aparato psíquico para que el sujeto pueda procesar mentalmente los afectos y conflictos que no han podido ser contenidos psíquicamente.

En la clínica vemos adolescentes identificados con la enfermedad materna, donde aparece la fantasía arcaica de cuerpo único “madre-bebé”, de un cuerpo para dos (Mc Dougall, 1991). Esta fantasía tiene un prototipo biológico que nace en la vida intrauterina y formará parte de la vida imaginaria, rigiendo el funcionamiento somático y psíquico. El niño siempre tiene una prehistoria en la historia de sus padres, existe en la fantasía de ambos desde antes de ser concebido y su llegada no se corresponde jamás exactamente a esa fantasía.

Además, cuando la madre o el padre no tienen bien definidos sus límites corporales o psíquicos, un tipo de vínculo en el que predomine una simbiosis patológica, puede llevar a que la ansiedad pase de una mente a otra, expresándose en el cuerpo frágil del más débil, expresión de un estado donde es difícil la discriminación entre el progenitor y el hijo.

La integración psique-soma va a depender de lo que el bebé puede ir entendiendo, qué le es propio y qué le es ajeno. Y este largo proceso será propiciado o no según la madre lo entienda y dote de sentido a esas angustias primarias del bebé, ayudándole a discriminar qué tensiones emocionales provienen de excitaciones internas y cuáles son del exterior. De la calidad de estas relaciones tempranas y de la interpretación que de ellas haga también el bebé, se constituirá la fragilidad o la fortaleza de su psiquesoma (Amorós, Renés, Vidal, Puchades, 2016).

No es raro encontrar en nuestra práctica clínica adolescentes que presentan toda una serie de manifestaciones somáticas. Si tan importante es lo que ocurre en esa fusión madre-bebé, también lo es el proceso de separación entre ambos. Y será exitoso o fracasado según la conflictiva inconsciente de la madre (Hernandez, 2016). La manifestación psicosomática puede entenderse como efecto de vínculos que impiden el desarrollo del sí mismo del hijo cuando el contexto familiar se presenta en un estado vincular en el que los traumas parentales se sienten como situaciones que no se pueden resolver.

En este proceso, que va de la fusión a la separación, se crearán las primeras identificaciones, logrando la constitución de un yo que integra lo somático y lo psíquico. Un aspecto central en la clínica es el papel de las identificaciones en la somatización. Una modalidad de identificación con los vínculos de los que se ha participado es ubicando la identificación no en la psique, sino en alguna parte o función del cuerpo.

Es el cuerpo del adolescente quien recoge ahora todo aquello que no se ha podido llegar a interiorizar de un modo más o menos efectivo, ya sea por falta de consistencia del yo o porque los mensajes provenientes del otro son permanentes y se reeditan, ya que, como

vemos muchas veces en la clínica, el vínculo primitivo con la madre sigue presente en la vida de estos adolescentes y no se logran calmar las nuevas ansiedades.

Los padres a veces esperan que el hijo repare sus faltas y sus deseos incumplidos. Parte del narcisismo de los progenitores es que idealizan al hijo y sueñan con que tendrá una vida sin sufrimientos, que cumplirá sus deseos insatisfechos. En ocasiones, la fantasía de los padres, expresada de forma consciente, es que no repetirán los errores que cometieron con ellos sus propios padres.

Los adolescentes se enfrentan, en esta etapa de la vida, a un entorno cambiante y turbulento, igual que son las relaciones que tiene ahora con su nuevo cuerpo sexuado, pudiendo desbordar los límites que los sostienen, enfrentándolos a nuevas tensiones difíciles de tramitar.

Cuerpo púber y psiquismo infantil producen un sujeto dividido. La nostalgia de los momentos de las primeras relaciones de satisfacción en las que participan los padres es un potente freno para la conquista de la autonomía. El trabajo del adolescente consiste en encontrar soluciones para asegurar la continuidad del sentimiento de identidad, para que la división no induzca a la ruptura.

La pérdida del cuerpo infantil, las renunciaciones que induce amenazan la asunción de la adolescencia. La representación del cuerpo puede ser precaria en estos pacientes, en su psiquismo guardan el recuerdo de las referencias de su cuerpo de niño, los adolescentes todavía no están familiarizados con las modificaciones físicas que la pubertad induce (Birraux, 2007).

En la clínica, profundizar en las etapas tempranas nos proporciona la posibilidad de revivirlas en la transferencia gracias a la regresión que se produce durante el proceso analítico, lo que convierte a nuestro método en una herramienta privilegiada para modificar los posibles fallos en la construcción psíquica o reparar sus consecuencias.

En el tratamiento con estos pacientes, no trabajamos con el levantamiento de la represión y el desvelamiento de contenidos inconscientes, sino con la construcción de lo que aún no ha podido ser repre-

sentado. El vínculo transferencia-contratransferencia permite llegar al modo de organización del psiquismo temprano, primitivo, punto de regresión de las patologías somáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amorós E, Renés G, Vidal M, Puchades S. (2016). Pubertad y cuerpo. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 92: 89-112
- Bekei M. (1992). *Trastornos psicosomáticos en la niñez y adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Birraux A. (2007). *El adolescente frente a su cuerpo*. Valencia: Abisal.
- De Miguel et al. (2010). Representación, adolescencia y psicosomática. *Clinica psicoanalítica en adolescentes*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fischbein J.E. (2017). Las psicosomáticas, hoy. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 93: 145-180
- Freud S. (1900). La interpretación de los sueños. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu 5
- Freud S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. *Obras completas*. Buenos Aires: Amorrortu 7
- Gaddini R. (1996). Los orígenes del objeto transicional y el síntoma psicosomático. *Lecturas de lo psicosomático* (comp M Bekei). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gaddini E. (2007). Reflexiones sobre el problema mente-cuerpo. *Revista de Psicoanálisis de la APM* 52: 21-45
- Hernandez M. (2016). Adolescentes.... ¿Por qué el cuerpo? *Revista de Psicoterapia y Psicosomática* 92: 35-53
- Mc Dougall J. (1991). Un cuerpo para dos. *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julian Yebenes.
- Muñoz-Martín F. (comp 2019). *Trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia*. Madrid: Psimática.
- Rotenberg E. (2021). *La piel: bebés, niños, niñas y adolescentes hablan con su cuerpo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Winnicott D. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Winnicott D. (1964). Aspectos positivos y negativos de la enfermedad psicosomática. *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires: Paidós.