



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Articulaciones entre la fibromialgia y conceptualizaciones psicoanalíticas en torno a la
escisión del yo y lo no representable a través de la construcción de un caso

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORA: Lic. ROSSANA COLMÁN

DIRECTORA DE TESIS: Dra. FLORA SINGER

Montevideo – Uruguay 2015.

Resumen

La fibromialgia es un síndrome complejo de dolor crónico, que fue reconocida por la OMS en 1992, designándola como una enfermedad reumatológica de las partes blandas, de etiología desconocida en la mayoría de los casos.

El enigma que gira en torno a su etiología ha llevado a que muchas investigaciones busquen dar una explicación a la misma, ya sea en el campo de la medicina, como de la psicología y del psicoanálisis.

El psicoanálisis desde sus inicios plantea la relación psique soma dejando atrás el dualismo que el positivismo imponía. Desde este punto de partida, se toma como marco teórico conceptualizaciones psicoanalíticas sobre el mecanismo de escisión del yo y el trabajo de lo negativo desarrolladas por André Green. Estas nociones son prolongadas en el concepto de vulnerabilidad somática descrita por Rubén Zukerfeld y colaboradores.

Se investiga desde un marco psicoanalítico, sobre el componente psíquico en la etiología de una enfermedad somática como la fibromialgia. A través de la construcción de un caso sobre un material clínico, se busca establecer si estas conceptualizaciones iluminan sobre una mejor comprensión y tratamiento del paciente que presenta fibromialgia.

Palabras clave:

Psicoanálisis – Fibromialgia – Escisión.

Abstract

Fibromyalgia is a complex syndrome of chronic pain, which was recognized by the WHO in 1992, designating it as a rheumatic disease of the soft tissues of unknown etiology in most cases.

The enigma that revolves around its etiology has led many researchers to try to explain it, either in the field of medicine, psychology and psychoanalysis.

Psychoanalysis from the beginning raises the psyche-soma relationship leaving behind the dualism that positivism imposed. From this starting point, it is taken as the theoretical framework psychoanalytic conceptualizations of cleavage mechanism of ego and the work of the negative developed by André Green. These notions are extended on the concept of somatic vulnerability described by Ruben Zukerfeld and colleagues.

It is investigated from a psychoanalytic framework, the psychic component in the etiology of a somatic disease like fibromyalgia. Through building a case on a clinical material, we seek to establish whether these conceptualizations light on a better understanding and treatment of the patient with fibromyalgia.

Keywords:

Psychoanalysis - Fibromyalgia – Cleavage

Índice

Resumen.....	1
Abstract	2
Índice.....	3
Agradecimientos	4
Introducción.....	5
1.1 - El punto de partida	7
1.2 - El cuerpo.....	8
1.3 - El dolor.....	12
1.4 - La psicósomática.....	15
1.5 - La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE).....	18
1.6 - Articulaciones	21
Capítulo 2 - La fibromialgia	23
2.1- Definición y criterios diagnósticos.....	23
2.2 - ¿Una nueva enfermedad?.....	28
2.3 - Tratamiento de la fibromialgia	29
2.4 - Fibromialgia y psicoanálisis.....	31
Capítulo 3 - Planteamiento del problema	34
Capítulo 4 - Diseño metodológico.....	36
4.1 - La construcción del caso en psicoanálisis.....	37
Capítulo 5 – Marco teórico	41
5.1 - Entre lo somático y lo psíquico	41
5.2 - Escisión del Yo	44
5.3 - Lo negativo: narcisismo de muerte, narcisismo negativo.....	49
5.4 - Tercera tópica y vulnerabilidad somática.....	53
5.5 – Los límites de la analizabilidad.....	56
Capítulo 6 - Construcción del caso.....	59
6.1 – La heterogeneidad del inconsciente	60
6.2 – Lo negativo, función desobjetizante	63
Capítulo 7 – Conclusiones	67
Referencias bibliográficas.....	71

Agradecimientos

A Silvia por su generosidad.

A la Facultad de Psicología de la Universidad de la República por permitir hacer estudios de Posgrados.

A mis queridas compañeras de equipo Amparo, Mariana y Silvana con las que he compartido tantos años de clínica y de vida y con quienes en 2011 nos impulsamos a tomar esta ruta.

A Irene y a Mauricio por insistir en que el camino era posible

A todos los compañeros de cohorte con los que, desde otro lugar compartimos inquietudes, risas y angustias.

A mi tutora por su generosidad y por permitirme transitar de un modo diferente este proceso.

A mis amigas que supieron escuchar cuando ganaba la flaqueza y el desánimo.

Sea extensivo el agradecimiento a tod@s que de una u otra manera hicieron posible concretar este hito. También para aquell@s que ya no están entre nosotros.

A mi esposo Horacio y a mis hijas Natalia y Joaquina por la confianza y el apoyo constante en todo momento de la ruta trazada.

Introducción

Ponerse a pensar de nuevo cada caso,
Al pie de lo que pasa y no al pie de la letra. La gran
Lección de Heródoto, el primer historiador, es que el investigador
está obligado a registrar lo que no comprende. Esto es lo
opuesto a la actividad militante que consiste en anotar solamente aquello que se entiende y se aprueba
y borrar todo aquello que no se entiende y no se aprueba.
Ignacio Lewkowitz

Abordar el enfermar es una cuestión muy compleja. Cuando el enfermar se ubica en el cuerpo-soma lo enigmático parece redimensionarse. Un terreno donde si bien confluyen diferentes disciplinas, la medicina marca un amplio dominio y el psicoanálisis considera que tiene mucho para aportar. El psicoanálisis desde su comienzo plantea la posibilidad de abordar las enfermedades somáticas, dejando atrás el marcado dualismo entre mente y cuerpo que el positivismo imponía. Freud (1923/1981), con su formación médica, manifiesta que el psicoanálisis, surge como una manera de “comprender algo de la naturaleza de las enfermedades nerviosas, llamadas “funcionales”, para vencer la impotencia médica de hasta entonces en cuanto a su tratamiento” (p.2729).

En la actualidad, son muchas las concepciones que abordan la sintomatología somática, designándola como estructura, fenómeno o trastorno. En el presente estudio se propone abordar una enfermedad que se manifiesta en el cuerpo, la fibromialgia, mediante la construcción de un caso, tomando como marco teórico conceptualizaciones sobre el mecanismo de escisión y el campo de trabajo de lo negativo desde los aportes de André Green. Mediante el mecanismo de la escisión, en algunas estructuras psíquicas, el soma así como también el acto (que no será del caso analizar aquí) pueden quedar fuera de la vía de la representación, irrumpiendo en lo real como enfermedad somática, si el yo se siente amenazado en su integridad. El abordaje desde este marco, permite pensarla en la particularidad del caso y no necesariamente como una estructura dada.

La fibromialgia es un síndrome complejo de dolor crónico, acompañado de otros síntomas como fatiga y trastornos del sueño, que en los últimos años ha adquirido gran relevancia llegando a ser considerado, en muchos países, un problema para la salud pública. La Organización Mundial de la Salud en 1992, la designa como una enfermedad, de etiología

desconocida en la mayoría de los casos. El diagnóstico médico se realiza mediante evaluaciones subjetivas.

Son varias las investigaciones que se relacionan con esta temática, ya sea en el terreno de la medicina, la psicología o el psicoanálisis, pero la cuestión sigue siendo enigmática tanto desde el punto de vista teórico como clínico.

La elección por el tema surge desde mi experiencia clínica en el marco de un servicio de extensión clínico comunitario de la Facultad de Psicología, donde se brinda asistencia psicoterapéutica psicoanalítica. En los últimos años se observa con mayor frecuencia que pacientes, principalmente mujeres adultas, que son motivadas a la consulta por un cuadro depresivo, tienen una sintomatología somática con diagnóstico de fibromialgia.

A nivel personal el tema de la relación psique-soma ha sido una cuestión harto enigmática, la cual muchas veces he derivado, quizás evitado, hasta que el encuentro con la fibromialgia me introduce en el mismo. La posibilidad de la tesis propicia poder pensar y escribir sobre ella, en tanto escribir es transformar. Transformar mediante una actividad de ligazón, algo venido del cuerpo deseante, en una huella escrita como núcleo de un mensaje (Green 2008).

Capítulo 1 – Consideraciones previas

Estimo necesario plantear ciertas consideraciones preliminares que se relacionan con la temática a abordar.

- 1) El origen del psicoanálisis concomitantemente con la comprensión y tratamiento del cuadro histérico.
- 2) La noción del cuerpo para las diferentes disciplinas que lo abordan enfatizando sobre los aportes psicoanalíticos en relación a la integración psique-soma.
- 3) Las consideraciones del dolor dado que es el principal síntoma que manifiestan los pacientes que presentan fibromialgia.
- 4) La referencia a dos disciplinas que relacionan el síntoma somático con un conflicto psíquico: la Psicósomática, de gran desarrollo teórico clínico desde la mitad del siglo XX, y la Psicoinmunoendocrinología destacada por el médico uruguayo Carlos Uboldi que se especializó en fibromialgia.
- 5) Articulaciones y cuestionamientos que surgen a partir de las mismas.

1.1 - El punto de partida

A finales del siglo XIX, Freud (1895/1981) se interesa por un cuadro clínico, la histeria, que se presentaba con muchas interrogantes para la medicina. Como fruto de su experiencia clínica, su pensamiento y espíritu investigativo, publica sus Estudios sobre la Histeria. Uno de los historiales clínicos emblemáticos es el de Isabel de R. en el que Freud teoriza sobre la función del mecanismo conversivo en la génesis de los síntomas histéricos. En él narra la situación de una joven que padece de dolor en las piernas, motivo por el cual tiene dificultad para caminar, acompañado también de fatiga o cansancio doloroso¹. Llevaba alrededor de dos años con ese sufrimiento hasta su encuentro con él. Se trataba de una astasia abasia, con hiperalgias en los músculos, no habiendo evidencia de alguna afectación orgánica. Sabido es que a través de la historia de la paciente, Freud fue argumentando sobre los acontecimientos que incidieron en la génesis de la histeria de la joven. En este historial Freud (1895/1981) plantea como ante una representación intolerable, centro del origen de los síntomas histéricos, se activa la defensa, donde la excitación psíquica se convierte en síntomas somáticos. “Para lograr ahorrarse la dolorosa certidumbre de amar al marido de su

¹Denominación que le da Freud

hermana creó en su lugar un sufrimiento físico, naciendo sus dolores como resultado de una conversión de lo psíquico en somático” (p. 121).

De esta manera Freud introduce la importancia del mecanismo conversivo en la formación de síntomas en la histeria, donde se destacan dos aspectos fundamentales. Por un lado, el conflicto psíquico se transfiere, como una forma de resolución del mismo, en síntomas somáticos, apareciendo parálisis, dolores, anestias. En este sentido es una transacción económica de energía psíquica, en tanto se separa de la representación conflictiva el afecto convirtiéndose en inervación somática. Por otro, el carácter simbólico del síntoma en tanto expresión de las representaciones reprimidas (Laplanche y Pontalis 1983).

Esta dimensión simbólica que admite el síntoma conversivo marca una diferencia con lo psicossomático, en tanto éste supone una ausencia de simbolización, así como con el planteo del presente estudio, donde se hipotetiza como una vía de descarga del inconsciente escindido.

El historial de la señorita Isabel von R, por la sintomatología somática que presenta, se tiende a relacionarlo con los síntomas de la fibromialgia, en tanto las algias han sido las quejas frecuentes en el “universo histórico”. Mediante un estudio donde se analiza el contexto social, mediático, científico y político en el que surge la enfermedad, y teniendo en cuenta el impacto de su sintomatología, se sugiere que este “conglomerado sintomático pueda haberse constituido en el destino de la histeria del siglo XXI.” En la época “del capitalismo de ficción” la fibromialgia aparece “como un destino especialmente apetecible por su enorme capacidad para proporcionar una identidad, por un poder estructurante que no aporta toda etiqueta diagnóstica” (Ramos García, 2004).

En este sentido coincido con el autor, en tanto existe un discurso hegemónico que impone una verdad, que mediante etiquetas diagnósticas transforma en enfermedad somática un malestar psíquico. Pero discrepo en el punto que relaciona la fibromialgia con la histeria, buscando cierta clasificación, mientras que en el planteo de esta tesis se articula con la particularidad del caso. Por su parte, el síntoma en la histeria tiene un valor simbólico y en este trabajo se lo relaciona con lo no representable.

1.2 - El cuerpo

En tanto la fibromialgia es una enfermedad que se expresa en el cuerpo se estima necesario precisar ciertas cuestiones. Inicialmente se señala la significación que tiene el cuerpo para las diferentes disciplinas que lo abordan y luego se realiza un recorte en el que interesa

destacar en primer lugar, la dicotomía entre mente y cuerpo, luego la conceptualización de Freud apuntando hacia la integración de ambas entidades, y los aportes de la psicoanalista Françoise Dolto que en sus teorizaciones profundiza sobre dicha relación.

La noción de cuerpo tiene diferentes abordajes dependiendo del campo disciplinar que lo estudie. Para la medicina el cuerpo se refiere al organismo biológico, a la anatomía e investiga sobre las leyes que rigen su estructura en relación a sus funciones y el medio ambiente. El punto de vista psicológico evolutivo mide en base a escalas de desarrollo, la evolución del esquema corporal de acuerdo a la maduración del sistema nervioso. Para el psicoanálisis, el cuerpo es una construcción que se irá entretejiendo junto con el aparato psíquico, desde una concepción de ser humano que nace como organismo biológico y sólo en el encuentro con otro deviene sujeto. Como mencioné en el apartado anterior, a partir de las conceptualizaciones de Freud se comienza a pensar la relación psique - soma articulados de forma diferente a la que se tenía hasta ese momento.

Si nos remontamos a las líneas de pensamiento de la Antigua Grecia en relación al cuerpo, podemos apreciar que el mismo estaba caracterizado por las dicotomías, signando el modo de vivir y pensar de la cultura occidental. Para Sócrates (Siglo V a. de c.) en el ser humano existía un sustrato material y una esencia inmaterial, es decir el cuerpo y sus funciones por un lado, y el alma, por otro.

Más cerca en el tiempo, en el Siglo XVI, las conceptualizaciones de Descartes han marcado una profunda influencia en el pensamiento moderno, introduciendo el método analítico deductivo y asignando un lugar primordial a la ciencia, como dueña de una verdad absoluta. El dualismo queda establecido al distinguir el cuerpo del alma o mente. El cuerpo, de esencia espacial, corresponde a una dimensión física, mientras que la esencia de la mente son los pensamientos. Así distingue entre “res extensa” y “res pensante”, donde el cuerpo y la mente son considerados entidades excluyentes, es decir que el concepto cuerpo no incluye nada que pertenezca a la mente, ni la mente nada que pertenezca al cuerpo. La única interacción entre ambas entidades se encuentra en la glándula pineal, ubicada en el cerebro. El cuerpo es espacial, por tanto tiene extensiones pudiendo ejecutar acciones por sí mismo, mientras que la mente carece de extensiones. Para Descartes el ser humano no posee la capacidad de comprender la unión entre cuerpo y mente (Russo, 2009).

El dilema de la relación entre cuerpo y mente queda planteado desde la Antigüedad hasta la Modernidad y encontrar una respuesta al mismo será el motor que impulsará a muchos autores, abriendo diferentes líneas de pensamiento que van desde un enfoque metafísico y filosófico, posturas neurofisiológicas, psicología experimental, hasta la visión de una psiquiatría dinámica. La misma brinda una conceptualización más integral del proceso de

salud y enfermedad. En este último enfoque, hacia finales del Siglo XVIII, Phillipe Pinel intentaba dar un tratamiento diferente a los enfermos mentales, considerados hasta el momento como poseídos por un demonio, buscando dar una explicación natural al origen de sus padecimientos. En la misma época, Mesmer hipotetiza que la enfermedad surge por un desequilibrio en el fluido energético del hombre pudiendo afectar tanto la mente como el cuerpo. Estos enfoques fueron resistidos y cuestionados por la academia y los modelos imperantes en dicho momento (Russo, 2009).

En el siglo XIX, un cuadro clínico que se presentaba con mayor frecuencia en mujeres, denominado histeria, generaba muchas interrogantes en el campo médico. Si bien las pacientes presentaban una sintomatología similar a la de los cuadros de epilepsia, éstas no correspondían a una afección del sistema nervioso, eran aflicciones orgánicas que no respetaban la anatomía. Charcot, en la escuela de Salpêtrière, trataba a estas pacientes mediante hipnosis, logrando aliviar los síntomas. A partir de ahí los estudios de Janet, Breuer y Freud le darán un estatuto diferente a la histeria (Russo, 2009)

En este sentido es que consideramos que Freud desde el inicio de su obra se interesó por la problemática del cuerpo y lo pensó desde una perspectiva integrativa psique-soma, argumentando en la etiología de la histeria la presencia de un conflicto psíquico inconsciente vinculado a la sexualidad. De esta manera introduce que algo del orden de lo psíquico hace síntoma, en tanto expresión de un sufrimiento en el cuerpo.

Freud a lo largo de su obra va a ir teorizando sobre la construcción del aparato psíquico y su anclaje en lo somático. En 1905 en Tres ensayos de una teoría sexual, introduce la noción de objeto libidinal haciendo referencia a la relación recíproca madre-bebé. Apuntándose en el organismo biológico, sede de la necesidad, el cuerpo se irá integrando concomitantemente a la constitución del objeto libidinal; desde la indiferenciación, etapa anobjetal, a la separación en objeto y yo. Las zonas corporales, situadas en los límites entre el organismo y el exterior, se constituyen en zonas erógenas, como sede de la libido. Complementando su teoría, en 1923 enfatiza que el primer yo es corporal, “es un ser corpóreo, y no sólo un ser superficial, sino incluso la proyección de una superficie”. Y agrega en pie de página, “el yo se deriva en último término de las sensaciones corporales, principalmente de aquellas producidas en la superficie del cuerpo, por lo que puede considerarse al yo como una proyección mental de dicha superficie” (Freud 1923/1981, p. 2709).

Dentro del pensamiento psicoanalítico, interesan los aportes de Françoise Dolto (1986), en tanto profundiza la relación psique-soma. A partir de la segunda tópica del aparato psíquico freudiano, plantea una diferenciación entre esquema corporal e imagen corporal. El primero

se refiere al esquema que el sujeto tiene en cuanto a representante de la especie, siendo semejante para todos según la edad, el lugar y las condiciones en las que viven. Es la vivencia del cuerpo estructurada a instancia del aprendizaje y la experiencia. Por su parte la imagen del cuerpo, es propia de cada sujeto estrechamente ligada a su historia. “La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas, repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales” (p. 21).

La imagen corporal se va estructurando en la relación intersubjetiva y cualquier interrupción en esta relación puede tener efectos dramáticos. Esta imagen se va articulando con el esquema corporal a través del narcisismo, construyéndose dinámicamente a partir de una imagen de base, una imagen funcional y una imagen de las zonas erógenas. Estas imágenes se encuentran ligadas entre sí por la imagen dinámica descrita por la autora como “una metáfora subjetiva de las pulsiones de vida” (Dolto, 1986 p. 42).

La imagen de base permite al bebé tener la seguridad de que su cuerpo está sostenido en un lugar firme, permitiendo una sensación de tranquilidad. Es la más importante de las tres brindando al niño el sentimiento de existir. La imagen funcional, por el contrario, es la sensación de un cuerpo agitado que busca la satisfacción de las necesidades y deseos. Es un cuerpo activo abierto a los intercambios con una madre que responde a las necesidades y al intercambio de ternura y placer. La imagen erógena es la sensación de un cuerpo como un orificio entregado al placer. Las tres imágenes son indisolubles y si una sufre alguna perturbación tiene efectos sobre las otras (Nasio, 2008).

Nasio (2008) tomando los aportes de Dolto agrega que para que la imagen sea constitutiva del inconsciente es necesario que se den dos condiciones:

Primero, que sea una sensación que emane del cuerpo cuando el bebé está en estado de deseo, esto es, en busca del cuerpo de su madre para encontrar placer, en busca de su presencia para encontrar en ella la ternura y la seguridad de saber intuitivamente que el padre, amado por la madre, les aporta seguridad afectiva. La madre, por su parte, debe estar animada por el deseo de compartir un momento de sensualidad, de afecto y de intercambio simbólico con el bebé (p. 33).

Y la segunda condición es que esa sensación debe repetirse, que permita dejar una huella por lo que es necesario que sea percibida reiteradamente siempre asociada a la presencia deseante, tierna y simbólica de los padres. “La Imagen Inconsciente del Cuerpo es, ante todo, la imagen de una emoción compartida, la imagen del ritmo de la interacción tierna, deseante y simbólica entre el niño y su madre” (Nasio, 2008 p. 35).

La literatura psicoanalítica sobre la noción de cuerpo es muy rica y esta breve síntesis intenta dar cuenta que, en psicoanálisis, cuando hablamos de cuerpo nos referimos a la integralidad del ser humano y no sólo a su dimensión biológica. Las diferentes posturas teóricas psicoanalíticas enfatizan sobre la importancia de los primeros vínculos. El cuerpo no existe desde el inicio, ni hay certeza que exista, es una construcción a devenir.

En el psicoanálisis lacaniano ese devenir se produce en el encuentro con el lenguaje. Lacan habla del estadio del espejo como un momento fundante donde el bebé pasa de la fragmentación a la unificación a través de la imagen, interviniendo los 3 registros, Real, Simbólico e Imaginario. Lacan sostiene que cuando hay una falla en lo simbólico puede darse una inscripción directa en lo real del cuerpo.

Para el pensamiento winnicottiano, el bebé efectúa un pasaje desde la Dependencia Absoluta en donde desde la fragmentación se irá creando la unidad psique-soma en la interacción con un ambiente facilitador, en tanto la capacidad empática de la madre permita traducir adecuadamente las necesidades del bebé, mediante la función de holding (Winnicott, 1993).

En esta misma línea, Marty y Uzan sostienen que lo que lleva a somatizar es una cierta incompletud en la constitución subjetiva en presencia de una madre no empática donde no se ha podido entablar una relación de objeto adecuada.

En los últimos años, se habla de vulnerabilidad somática, principalmente por autores que han profundizado sobre el vínculo temprano y los déficits en la constitución del aparato psíquico. En esta línea se encuentran algunos autores como Marty con la noción de mentalización insuficiente, McDougall que desarrolla la noción de alexitimia, y Zukerfeld que define la vulnerabilidad como una disposición a la enfermedad, en tanto hay un predominio de una forma de funcionamiento psíquico propio del inconsciente escindido (Zukerfeld y Zonis, 1999).

Los conceptos de inconsciente escindido y vulnerabilidad somática serán profundizados en el capítulo de "Marco Teórico".

1.3 - El dolor

De la pesquisa bibliográfica realizada sobre la fibromialgia, se observa que el dolor físico es el principal síntoma que manifiestan los pacientes, adquiriendo un valor diagnóstico relevante desde el punto de vista médico. Desde una conceptualización psicoanalítica, no se

separa dolor físico de dolor psíquico, sino que se entiende como una unidad. Cuando un sujeto consulta es porque está sufriendo, algo le duele en su ser.

La palabra dolor proviene del latín, dolor-óris, y de acuerdo al significado del Diccionario de la Real Academia Española, comprende por un lado la “sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior” y por otro, un “sentimiento de pena y congoja”. Se puede apreciar en la definición un dualismo entre el dolor corporal y el dolor psíquico.

Por su parte, la Asociación Internacional de Estudio del Dolor (IAPS del inglés International Association for the Study of Pain) lo define como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión tisular real o potencial o incluso descrita en términos que evocan una lesión de esa índole” (Nasio, 2007 p.13). En esta definición, el dolor real no está claramente contemplado, sino que se refiere a una experiencia, a un acontecimiento emocional que puede surgir aún sin lesión que la cause, ampliando la idea de que el dolor excede la concepción esencialmente neurofisiológica

A menudo pensamos que el dolor físico corresponde exclusivamente a la esfera de la neurofisiología y que sólo concierne a la psique cuando repercute profundamente en la persona que sufre. El dolor de una quemadura, por ejemplo encontraría su explicación en mecanismos neuroquímicos y el psiquismo de la persona quemada sólo recibiría las repercusiones morales del dolor experimentado, como si existieran, por un lado, el fenómeno doloroso – que se explica científicamente en virtud de la transmisión del mensaje nociceptivo en el seno del sistema nervioso – y, por otro lado, las inevitables consecuencias psicológicas y sociales que provoca, por ejemplo, un dolor crónico (Nasio, 2007 p.11).

Para entender por qué sufrimos tenemos “que descender al corazón del yo para encontrar allí la psicogénesis del dolor”. Esta expresión alude a la existencia de un componente psíquico en la génesis del dolor expresado en el cuerpo (Nasio, 2007 p. 13).

En el Proyecto de una Psicología para Neurólogos, Freud (1895/1981) dice que el dolor deja huellas en el sistema neuronal, “como si la descarga de un rayo hubiera pasado por ella”, planteándolo como un concepto límite entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre lo psíquico y lo somático (p. 231).

En esa época, Freud conceptualiza al yo compuesto por energía y neuronas. La energía circula, parte proviene del exterior y parte se propaga por el interior. Las neuronas, que son las encargadas de transportar la energía, se concentran en tres grupos: *periféricas*, que perciben los estímulos del mundo externo; *centrales*, denominadas neuronas del recuerdo manteniendo las huellas de los acontecimientos, conservando la representación y el afecto;

internas, en tanto captan las fluctuaciones de la tensión psíquica, que mediante la repercusión en la conciencia, evocan afectos agradables, desagradables o dolorosos. Por medio de las neuronas del recuerdo se daría el paso de un dolor físico a un dolor inconsciente. Nasio (2007) sostiene que esta ficción que introduce Freud en el inicio del psicoanálisis, sigue siendo la matriz de la vida psíquica para la mayoría de los psicoanalistas, encontrando mucho eco en las conceptualizaciones de las neurociencias.

Entonces, desde el psicoanálisis, no existe diferencia entre el dolor corporal y el dolor psíquico, emergiendo el dolor desde el límite impreciso entre el cuerpo y la psique, o entre el yo y otro, como también puede surgir entre un funcionamiento psíquico ordenado y otro perturbado. (Nasio, 2007)

¿Cómo se da el proceso de formación del dolor? Mediante un proceso complejo que se inicia por una ruptura (dolor de la lesión), a lo que sigue una conmoción psíquica terminando con una reacción del yo, como defensa, buscando detener la conmoción. Estos son los aspectos de un *único dolor* que se da de forma instantánea. (Nasio, 2007)

El yo vivencia la lesión como una embestida exterior a él, periférica, fronteriza, ya se trate de una lesión cutánea o de un órgano interno. No ocurre lo mismo cuando se da un accidente grave, donde el cuerpo conmocionado se convierte en dolor de todo el ser. La percepción de la excitación dolorosa, que de manera imaginaria se establece en el exterior del cuerpo, instantáneamente imprime en el yo la imagen de la zona lesionada, denominada “representación del lugar lesionado y dolorido del cuerpo”. La lesión dolorosa parece tener autonomía propia, tiranizando y debilitando al yo, convirtiéndose en un retoño hostil. Sin embargo, precisa el autor, el “dolor no está en la herida, sino en el yo mismo, condensado en la imagen mental del lugar lesionado”. Luego agrega que en el cerebro está la sensación dolorosa mientras que la emoción dolorosa se encuentra en los cimientos del yo, en el ello, es decir, en el inconsciente (Nasio, 2007 p. 19).

Seguido al dolor de la lesión, está la conmoción, la autopercepción del dolor que analiza el yo, de su conmoción interna denominada percepción somatopulsional, dando lugar a la emoción dolorosa. El dolor de la lesión irrumpe en el yo mediante un flujo masivo de energía sobrecargando al psiquismo en su núcleo (memoria del recuerdo) alterando la homeostasis y el principio del placer. Así el yo percibe su desequilibrio, dejando un impacto en la memoria consciente como así también en el inconsciente.

El dolor pasado resurgirá de manera inesperada, en otro lugar diferente de la memoria consciente. Puede tener la forma de otro dolor inexplicado, por ejemplo un dolor psicogénico; o bien anclarse en el cuerpo mismo, como una manifestación

psicosomática; y hasta en la conciencia, transfigurado en otro afecto tan oprimente como la culpa, por ejemplo; o incluso transformarse en una conducta impulsiva o de fracaso (Nasio, 2007 p.23).

El sufrimiento olvidado, inconsciente, puede aparecer en el presente del sujeto, retornando sin poder identificarlo. Así el dolor regresa tomando apariencias diversas imponiéndose en el yo, o sea, una vez que la experiencia dolorosa queda registrada en la psique, surge de manera irreconocible como un dolor inconsciente.

Este recorrido se explica por las neuronas del recuerdo de que habla Freud en 1895. Estas neuronas se sensibilizan y dejan un camino abierto, pudiendo, incluso, excitaciones más débiles, reactivar y reanimar la imagen que contiene. Esto puede provocar que el sujeto experimente un dolor inexplicado sin causa orgánica determinada. “Sufrirá pues, sin saber que su dolor presente es el recuerdo representado de un dolor pasado” (Nasio, 2007 p. 30).

Nasio (2007) se pregunta sobre cuál es el primer dolor no encontrando una respuesta. Sin embargo, siguiendo la línea de pensamiento freudiano, sostiene que el afecto es la repetición de una experiencia emocional primordial, y afirma que “todo afecto doloroso es un antiguo dolor traumático que revive” (p. 33).

Lo que genera el dolor es la “valoración afectiva, demasiado inmensa, de la representación que está en nuestro interior de la cosa a la cual estábamos ligados y de la que ahora hemos sido privados, sea una parte de nuestro cuerpo o el ser que amamos”(Nasio, 2007 p. 40).

Este último párrafo alude al duelo, a la pérdida, con la importancia que ello tiene sobre el psiquismo humano desde el punto de vista psicoanalítico. Green (2008) dice que la clínica del acto y del soma tiene como uno de sus ejes centrales la noción de duelo no simbolizado, que por efecto de la escisión puede desembocar en la polaridad “pérdida-intrusión”. El tratamiento que hace el sujeto sufriente de su dolor puede tener dos destinos: el de la inscripción psíquica de dicho dolor en una cadena de afectos y representaciones, o sea el duelo simbolizado, o la vía no representacional que lo inscribe en el cuerpo siendo ésta a la que nos dedicaremos en este trabajo.

1.4 - La psicología

La noción de psicología surge en el siglo XIX alcanzando un gran desarrollo a partir de la segunda mitad del siglo XX (Rodríguez Nebot, 2006).

La medicina psicosomática se sustentó en una etiología de traumas, relacionando un síntoma somático con un acontecimiento psíquico. Como tratamiento se indicaba terapia de apoyo, como terapias breves y de efecto rápido, terapias cognitivo-conductuales, que buscan limpiar al psiquismo de esas molestias inútiles (Green, 2014).

En el mundo surgieron varias escuelas buscando el acercamiento psicológico y psicoanalítico hacia la nueva disciplina. Una de ellas corresponde a la Escuela de Chicago (1891-1964) con Alexander y Dunbar que orientaron sus investigaciones a definir un perfil de personalidad psicosomática. Si bien tienen en cuenta conflictos inconscientes y la personalidad de base, centran sus estudios fundamentalmente en la conducta y las actitudes sociales. Por ejemplo, describen las características de una persona con hipertensión, destacando que en ella habría dos tendencias que propician el conflicto, entre la pasividad y dependencia por un lado y la dominación como comportamiento reaccional por otro. Así un paciente que se presenta calmado y con actitud indiferente puede estar encubriendo una hostilidad en relación al medio ambiente (Jeammet, Reynaud & Consoli 1993)

Otra conceptualización psicoanalítica sobre la psicosomática, surge alrededor de 1950, cuando Pierre Marty junto a otros psicoanalistas franceses fundan la Escuela Psicosomática de París. Sus aportes siguen vigentes en escuelas psicosomáticas, al mismo tiempo que contribuyen a conceptualizaciones como la noción de vulnerabilidad somática de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis y en nuevas disciplinas, como la Psicoinmunoendocrinología.

La escuela de París sostiene que como disciplina su especificidad reside en dar respuestas al marcado debate sobre la unidad del ser humano, guardando un vínculo muy estrecho con el psicoanálisis y la medicina. Como doctrina enlaza la perspectiva evolucionista darwiniana y el funcionamiento mental de acuerdo a los principios freudianos. Principalmente retoma el modelo económico del psiquismo, profundizando sobre los “procesos de mentalización”, los mecanismos de fijación y regresión, la primera tópica freudiana, el papel del preconscious y sus dimensiones en los orígenes somáticos de su constitución (Marty1992).

Mientras que para los integrantes de la Escuela de Chicago la relación de causalidad entre el conflicto psicoafectivo y la enfermedad somática se explica por las vías neurovegetativas, para los psicoanalistas franceses se revela por las vías pulsionales.

Es así que se comienza a gestar la noción de estructura psicosomática en los estudios de Pierre Marty en 1954. Por ese entonces, trabajando con pacientes que presentaban tuberculosis pulmonar, alude a la existencia de mecanismos defensivos diferentes de los mecanismos intrapsíquicos, constituyendo la vía inicial de acceso hacia el concepto de

insuficiencia fundamental. Según sus palabras “el estudio de las tuberculosis pulmonares reveló la frecuencia particular en estos pacientes, de un distanciamiento efectivo, tópico y hasta geográfico, con relación al objeto conflictual real (la madre en la mayoría de los casos)” (Marty, 1992 p 28).

Las cefalalgias y rasquialgias también centran su interés. En un primer momento el análisis de las cefaleas confirmaba que se relacionan con un bloqueo de pensamiento y posteriormente con “inhibiciones dolorosas del acto de pensar”. En la década del 90, las cefaleas son pensadas como somatizaciones dentro de los “desbordamientos pasajeros del aparato mental”. También se las relaciona con conversiones histéricas, y pueden aparecer como un mecanismo de defensa secundario ante la posible irrupción consciente de un conflicto edípico reprimido. Por su parte, la aparición de la hipertonía muscular, (raquialgias) fue asociada a la imposibilidad de una elaboración mental de angustia relacionada a conflictos internos (Marty, 1992 p. 30)

Los psicopatólogos franceses seguían la hipótesis de que existía una estructura psicopatológica diferente a la construcción del aparato psíquico de los neuróticos. Parafraseando a Green (2014), buscaban describir un funcionamiento psíquico, caracterizado por un “pragmatismo corrosivo” que iba despojando de vitalidad la vida psíquica. Esto conlleva que el paciente razone, piense y sienta aferrado a lo concreto, sin posibilidad de recurrir a lo fantasmático. Así surgen conceptos como los de pensamiento operatorio, depresión esencial y desorganización progresiva.

Marty junto a M' Uzan, desarrolla la noción de pensamiento operatorio refiriéndose a la carencia de actividad fantasmática y onírica, como así también a la menguada energía libidinal del sujeto. Años más tarde este concepto toma la denominación de vida operatoria donde se observa “disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. Las escasas representaciones que parecen existir son pobres, repetitivas, y llevan impreso el sello de lo actual y de lo fáctico”. La presencia de este tipo de pensamiento está estrechamente relacionada con la perturbación somática (Marty, 1992 p.37).

La depresión esencial (depresión psicopatológica) es la depresión sin objeto y constituye la esencia misma de la depresión, con una vitalidad psíquica muy baja y disminución de la energía libidinal. Puede estar precedida de angustias difusas, sin señal de alarma, que reproducen un estado originario de desbordamiento ante un yo subrogado evidenciando su desorganización. Si a la vida operatoria se le agrega una depresión esencial puede generarse una desorganización progresiva lenta (Marty, 1992)

La noción de desorganización progresiva se relaciona con la destrucción de la organización libidinal del sujeto en determinado momento de su vida. Existiría una prevalencia del Yo Ideal arcaico que lleva al sujeto a un círculo de huida desorganizante. Esta noción atañe al concepto de desintrincación de Freud y a las pulsiones destructivas.

Los estudios sobre una estructura psicósomática generaron muchas frustraciones a los psicoanalistas franceses, sosteniendo que sólo el “tipo alérgico” podría corresponder a ello. Marty (1992) expresa que sus teorizaciones dan cuenta de ciertos aspectos clínicos de la somatización, estimando que un sujeto de funcionamiento neurótico con defensas consistentes puede encontrarse desorganizado y ser afectado por una enfermedad grave si transita por situaciones traumáticas por períodos prolongados. De esta manera y como una generalización, manifiesta que las enfermedades somáticas tienen que ver con la *inadaptación del sujeto a las vicisitudes de su vida*.

La perspectiva de adaptación del adulto a sus condiciones de vida incita a desprender arbitrariamente en él tres campos esenciales, susceptibles de movilización, diferentes según los sujetos: el del aparato somático, de esencia arcaica, que, sin perder toda su ductilidad adaptativa biológica y funcional se encuentra poco dispuesto a tolerar desviaciones importantes de su sistemática; el del aparato mental, que es el que más tiempo necesita para definirse individualmente, el establecido más recientemente, así como el más sujeto, en teoría, a regresiones y a reorganizaciones, y el de los comportamientos, siempre presentes con ocasión del desarrollo, y finalmente más o menos unidos, y hasta sometidos, al orden mental. Cuando la disponibilidad combinada del aparato mental y de los sistemas de comportamiento se encuentra desbordada, puesta en jaque por una situación nueva, es el *aparato somático el que responde* (Marty, 1992 p. 62).

Esta idea que plantea Marty parece guardar cierta coincidencia con el planteo de André Green que hipotetiza que cuando el yo se siente amenazado en su integridad, frente a algunas circunstancias que se presentan en la vida del sujeto, puede responder desde el soma como forma de descarga de la tensión.

1.5 - La Psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE)

Las investigaciones sobre la fibromialgia del Dr. Carlos Uboldi, a las cuales se hará referencia más adelante (en el Capítulo 2 – Fibromialgia), resaltan la importancia de tener formación en PNIE para lograr un mejor diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La PNIE plantea un enfoque integrativo de las interrelaciones de los sistemas nervioso, endócrino e inmune y las dimensiones biopsicosocial, cultural, espiritual y ecológica del sujeto. En esta perspectiva surgen la Medicina PNIE y la Psicoterapia Integrativa PNIE. En los orígenes de esta disciplina se encuentran las investigaciones de Salomon y Moos que en 1964 se refieren a la Psicoimmunología. En Argentina, por los años 70, Besedovsky demuestra la relación entre los sistemas sosteniendo que la respuesta inmune se puede condicionar. La alteración que por alguna razón se produzca en un sistema tendrá efectos en el mismo y sobre los otros.

Se ha demostrado que los estados crónicos de tensión, tristeza, ansiedad, depresión, angustia y desesperanza, producen respuestas de estrés con repercusiones inhibitorias en el sistema inmune por activación del sistema neurovegetativo y del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (eje HHA) y liberación de cortisol y catecolaminas en las glándulas suprarrenales. (Dubourdieu, 2008 p.40).

En esta línea de pensamiento, las investigaciones apuntan cada vez más a demostrar la interacción entre los sistemas y las situaciones de vida de un sujeto. La PNIE, entonces, se plantea como una disciplina científica que articula la psicología y la medicina y su marco epistemológico se sostiene en la Teoría General de los Sistemas, el Paradigma de la Complejidad, la Teoría del Caos y la Teoría del Estrés. Para la comprensión de la complejidad del ser humano, considera "la intermodulación factorial y la multicausalidad, adhiriendo a lo que constituirá un constructivismo moderado como marco de comprensión de los fenómenos" (Dubourdieu, 2008 p.21).

Toma los conocimientos de la Teoría General de los Sistemas del biólogo L. Von Bertalanffy que entiende un sistema como una unidad compleja donde las partes forman un todo. En este sentido el ser humano sería un sistema abierto en permanente relación con su medio ambiente (entorno socio cultural). Otro aporte a esta disciplina es la noción de pensamiento complejo de Edgar Morin, expuesto en 1990, considerando al universo y al ser humano como una integridad teniendo en cuenta las interrelaciones y la multidimensionalidad. Así, para la comprensión de la salud y la enfermedad se tienen presentes los aspectos biológicos, socio culturales, históricos, políticos, éticos y espirituales (Dubourdieu, 2008)

La PNIE también se nutre de las teorizaciones de Ilya Prigogine, quien tomando como objeto de estudio los sistemas abiertos no lineales, trae la noción de estructuras disipativas y la Teoría del Caos. Así propone que el todo no es sólo la suma de las partes, sino que tiene un plus determinado en el vínculo entre los sistemas, existiendo una información adicional lo que explicaría el carácter impredecible del comportamiento humano. También, dentro de sus bases epistemológicas está la Teoría del Estrés (1936), propuesta por el fisiólogo Hans

Selye. Este científico, desarrolló su teoría a partir de la experiencia de laboratorio con animales sometidos a situaciones de tensión donde los animales debían adaptarse a esa nueva condición que provenía del entorno. Pudo observar cómo había cambios a nivel hormonal y aumento de cortisol en sangre. Estas experiencias en animales también fueron observadas en grupos humanos que habían pasado por situaciones críticas, como las guerras. Selye denomina estrés a las modificaciones que surgen a partir de los estímulos externos, traumáticos, infecciosos o psicofísicos, que requieren una adaptación del sujeto. La teoría del estrés proviene del campo de las ciencias duras y es incorporada por la psicología buscando enfrentar y resolver los efectos que causa en la psique y el soma el estar sometido a situaciones de presión. La autora se refiere a que una de “las primeras versiones médicas del estrés partió de la idea que el organismo es un sistema encargado de mantener el equilibrio interno mediante mecanismos de respuesta”. El organismo busca mantener el equilibrio, la homeostasis, concepto que proviene también de la fisiología. La doctora citada sostiene que el estrés es un “fenómeno fisiológico, sociológico y psicológico en que están involucrados factores conscientes y no conscientes llegando al agotamiento de la capacidad adaptativa del sujeto si las demandas del ambiente o internas exceden los recursos de éste” (Dubourdieu, 2008 p.49).

Complementando este marco epistemológico, la PNIE se nutre de aportes de la biología, la medicina, del modelo cognitivo conductual y de modelos psicoanalíticos en lo que se refiere a las experiencias tempranas y primeros vínculos. Tiene en cuenta la predisposición genética y facilitadores constitucionales y adquiridos, como el aspecto cognitivo emocional. Así se analizarán los mecanismos de defensa que desarrolla el sujeto para afrontar la situación que amenaza su integridad. Esta disciplina utiliza para el abordaje terapéutico una Bio-Psico-grafía indagando los factores facilitadores de respuestas de estrés, proporcionando una evaluación diagnóstica multidimensional que busca promover los recursos biopsicosociales del sujeto (Dubourdieu, 2008).

La PNIE como disciplina surge como un intento de articular la comprensión médica y psicológica de los procesos de salud y enfermedad, abordando al sujeto en su dimensión biológica, cognitiva, psicoemocional y vincular, socio ecológico y trascendental. Dubourdieu (2008) enfatiza sobre la condición psicosomática del ser humano, por lo que se debe realizar un abordaje psicosomático de toda afección, como así también una evaluación multidimensional que posibilite modificar factores generadores de alteraciones potenciando los recursos de salud del sujeto. Así pues, esta disciplina apunta a superar las dicotomías psique-soma y enfermedades psicosomáticas y no psicosomáticas planteando que el sujeto, es en sí mismo, psicosomático.

1.6 - Articulaciones

Los aportes del psicoanálisis al conocimiento del funcionamiento psíquico como al tratamiento del sufrimiento humano son de gran relevancia, pero debemos estar abiertos a nuevos conocimientos que provienen de otras líneas del pensamiento, como nos transmitía su creador. Esto nos lleva a repensar los conflictos actuales a la luz de los acontecimientos socios históricos y culturales. En la actualidad aparecen nuevas patologías que difieren a las de los tiempos de Freud, generando permanentemente interrogantes en la práctica clínica. El malestar en la cultura hoy se muestra a través de las denominadas patologías del acto, depresiones, ataques de pánico, enfermedades somáticas, fibromialgia. El psicoanálisis, en sus diferentes líneas teóricas profundiza sobre estas nuevas formas del síntoma, al mismo tiempo que es cuestionado.

Hoy como ayer hablamos de la complejidad del ser humano y desde ahí debemos pensar cada situación clínica. Rodríguez Nebot (2006) se refiere al paradigma de la complejidad, como una manera de pensar al ser humano en su relación con el

medio ambiente como hábitat, los vínculos afectivos, el modo de trabajo, las organizaciones en las que estamos incluidos y su división del trabajo, el entorno familiar, la capacidad cognitiva –el cómo resolvemos los conflictos-, el esquema corporal psíquico y su fluidez energética, la capacidad de goce y placer constituyen una red de relaciones autopoyéticas que conforman al sujeto humano (p.53).

Este es un desafío muy importante y me planteo si esta visión del sujeto pasa sólo por lo discursivo o atraviesa las diversas praxis, en tiempos de globalización y de fragmentación. Globalización que propende a generalizar, a englobar y a fragmentar en tanto hay una proliferación de especializaciones que brindan una mirada parcial sobre el ser humano, más aún cuando hablamos de enfermedades somáticas.

Hoy podemos decir que existe un discurso orientado a la prevención buscando fomentar hábitos más saludables, pero aun así se continúa percibiendo que la medicina ataca el síntoma, sin buscar la mayoría de las veces, la etiología de la enfermedad. En este sentido, Rodríguez Nebot (2006) afirma que “muchas veces nos encontramos con una medicina estadística” y que los centros de salud “continúan con el paradigma cartesiano ya que hay numerosos intereses de capital y de poder en juego” (p.55). Sirviéndose del desarrollo tecnológico de las últimas décadas, la medicina cuenta con numerosas técnicas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Sin embargo a pesar de las

nuevas tecnologías, se desconoce la etiología de algunas enfermedades, como por ejemplo, la fibromialgia.

No es el objetivo de esta tesis polemizar con la medicina ni jerarquizar unos conceptos sobre otros, sino plantear que entender el padecimiento humano sólo desde la mirada hegemónica de la medicina es no abordarlo en todas las dimensiones de su complejidad.

Pensar como clínicos significa revisar las fronteras de un pensamiento que suele ser poco flexible sobre lo que se entiende como salud y enfermedad. Es necesario reconocer que el ser humano es un “animal enfermo”, un ser psicosomático donde no se pueden evitar las vicisitudes del existir, pensar y desear. La clínica nos ubica en la frontera del malestar, en tanto enfermedad, que cuando demanda un tratamiento, intima a buscar un modo de tratar con él (Green, 2010).

Coincidiendo con las expresiones de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis (2005) entiendo que es posible tener en cuenta los datos que surgen del campo transferencial y correlacionarlos con los que derivan de la epidemiología o de la medicina: “saber más de los enfermos como sujetos es saber más sobre sus enfermedades y conocer más sobre ellas es poder conocer más sobre aquellos que la sufren” (p. 106).

Por ello siempre es importante tener en cuenta los contextos donde se producen las enfermedades, donde se tratan, así como el aporte de la mirada psicoanalítica a dichos contextos.

No es lo mismo un enfermo de cáncer sin familia que con familia, un cardíaco con trabajo que uno sin o con exceso de trabajo. /../ Tampoco es lo mismo para todos ellos y el pronóstico de sus enfermedades, el poder elegir un terapeuta y realizar procesos el tiempo necesario.../ Y por supuesto no es lo mismo adaptar los pacientes al método que intentar adaptar el método a los pacientes. ... Las enfermedades pueden verse como obstáculos o como desafíos; los psicoanalistas actuales los tenemos que seguir planteando e intentando resolverlos con humildad y creatividad dado que el sufrimiento humano es persistente y lamentablemente ingenioso en sus manifestaciones (Zukerfeld y otra, 2005 p. 106).

Capítulo 2 - La fibromialgia

2.1- Definición y criterios diagnósticos.

La fibromialgia es una enfermedad que se caracteriza por un estado de dolor generalizado, con una hipersensibilidad en múltiples puntos predefinidos (tender points) cuya etiología es aún desconocida. Es más frecuente en mujeres que en hombres y aparece entre los 35 y 55 años. Está acompañada de otros síntomas como fatiga, rigidez muscular, parestesias en extremidades, trastornos del sueño, ansiedad, depresión.

Algunos autores la designan como “una forma de reumatismo extraarticular generalizado, de etiología aún no bien precisada y que clínicamente se caracteriza por dolor musculoesquelético crónico, asociado con alteraciones del patrón normal del sueño, fatiga y alteraciones psicológicas o de personalidad” (Vidal Neyra y Gil Reyes 2006 p.8).

En el relevamiento bibliográfico realizado indagando sobre el tema, se observa que llegar al diagnóstico de la enfermedad encierra una serie de enigmas en el ámbito médico como en el ámbito psicológico. En este apartado interesa destacar las consideraciones del médico uruguayo Carlos Uboldi² quien desde el año 2003 comienza a especializarse sobre el tema, ya sea en el diagnóstico como en el tratamiento. Enfatizando más en su forma de presentación, la define como “una enfermedad que se expresa clínicamente por dolor, en los músculos, ligamentos y tendones, crónico (más de tres meses), no inflamatorio, no articular ni óseo. Es benigna, no es incurable”. Sostiene que el intenso dolor suele producir discapacidad y es notoria la alteración de la calidad de vida produciendo un impacto tanto a nivel emocional, como personal, laboral y social (Uboldi, 2012 p. 37).

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la declaración de Copenhague, reconoce a la fibromialgia como una enfermedad, estableciendo un diagnóstico diferenciado. La clasifica entre los reumatismos de partes blandas y aparece en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (Uboldi, 2012).

Los criterios de clasificación fueron publicados en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología, (ACR, del inglés American Collage of Rheumatology) con el fin de distinguir la enfermedad de otros procesos reumáticos. Se basaron en un estudio multicéntrico en el que participaron dieciséis instituciones. El mismo consistió en la observación de cuarenta pacientes, de las cuales diez tenían fibromialgia primaria, diez fibromialgia secundaria y veinte controles con dolor crónico. La muestra estaba pareada en edad y sexo. Los criterios

²Médico reumatólogo y fisiatra. Posgrado en PNIE. Diplomado en ciencias biocognitivas.

que se desprendieron de estas investigaciones son dos: el dolor manifestado por el paciente y el dolor que objetiva el médico en el examen físico.

I) Historia de dolor difuso

Se considera dolor difuso cuando simultáneamente está presente en los cuatros cuadrantes corporales: ambos hemicuerpos, por encima y por debajo de la cintura.

Además se da dolor en el esqueleto axial (cervical, torácico o lumbar, o cara anterior del tórax).

II) Dolor a la palpación digital en once de los dieciocho puntos dolorosos.

Occipitales: inserciones de los músculos suboccipitales (1-2).

Cervicales bajos: cara anterior de espacios intertransversos C5 y C6 (3-4).

Trapezios: punto medio de sus bordes superiores (5-6).

Supraespinosos: en su inserción (7-8).

Segunda costilla: lateral a la segunda articulación condrocostal (9-10).

Epicondíleos: dos centímetros distales a los epicóndilos (11-12).

Glúteos: cuadrante superior y externo de las nalgas (13-14).

Trocantéreos: posterior a los trocánteres mayores (15-16)

Rodillas: en la bolsa grasa medial, en la interlínea (17-18) (Uboldi, 2012 p. 86).

Si bien estos criterios han dotado a la fibromialgia de una nosología propia siendo reconocida como una entidad dentro del campo médico, el hecho de abordarla con una terapéutica ortodoxa generó dificultades en su tratamiento. (de Felipe García Bardón, 2012). Fueron necesarios veinte años para incluir nuevos criterios, los que fueron aportados nuevamente por el Colegio Americano de Reumatología, en 2010, complementando los existentes. Estos criterios pueden ser utilizados tanto en atención primaria como en medicina especializada. No se requiere del examen de los puntos sensibles utilizándose dos escalas que establecen el índice de dolor generalizado (IDG) y el índice de gravedad de síntomas (IGS). Se trata de un formulario donde el paciente debe marcar el área donde ha sentido dolor, teniendo en cuenta lo ocurrido en la última semana, (aún si el paciente está recibiendo medicación). Hay 19 áreas, donde no debe incluir los dolores que se relacionan a otras afecciones.

El índice de gravedad de síntomas consta de 2 partes. En la primera se indaga sobre la fatiga, el sueño reparador y los trastornos cognitivos. Allí el paciente debe marcar entre el 0, (ausencia de problemas) y 3, (grandes problemas). La segunda parte consta de 40

síntomas, donde está contemplada la depresión, el insomnio y la ansiedad. De acuerdo al número resultante se establece si el paciente tiene o no el cuadro clínico (Uboldi, 2012).

Los nuevos criterios también presentan sus limitaciones, dado que valorar los puntos sigue siendo muy relevante a la hora del diagnóstico. A su vez, la segunda parte del cuestionario suele ser confusa para el paciente, siendo recomendable hacerlo en forma conjunta con el médico sin que el tiempo sea una condicionante.

Para Uboldi (2012) el especialista mejor preparado para hacer el diagnóstico de fibromialgia es el reumatólogo con una visión integral del ser humano. El diagnóstico es clínico, basado en los criterios establecidos, no existiendo análisis específicos de laboratorio para confirmarlo. Los análisis que se realizan son para descartar otros cuadros clínicos. Destaca que tampoco existen pruebas histológico patognomónicas ni hay propuestos criterios de exclusión que afinen el diagnóstico. Asimismo, estima que se puede considerar la presencia del cuadro clínico sin tener el número de puntos sensibles recomendados.

El autor subraya que “abordar a estos pacientes lleva tiempo en la consulta y mucha paciencia, ya que en general, vienen con años de sufrimiento y con diferentes diagnósticos y múltiples estudios, muchas veces normales.” Considera que las historias voluminosas, la cantidad de medicamentos indicados, la multiplicidad de estudios y escasas respuestas a los tratamientos, constituyen un indicador más para el diagnóstico (Uboldi, 2012 p. 95).

En base a su experiencia clínica y su formación, ha confeccionado un protocolo que abarca desde los datos y antecedentes personales hasta un cuestionario de impacto de fibromialgia. Utilizando los últimos criterios de la ACR, indaga sobre los puntos dolorosos, dando mucha importancia a los síntomas complementarios que ha detectado en su práctica clínica. Destaca el valor de la vida del paciente, características de su personalidad y factores estresores psicosociales. Con todos estos datos considera que se puede hacer un diagnóstico certero sobre la enfermedad.

Uboldi (2012) resalta la importancia de las manifestaciones que presenta la enfermedad y como estas son transmitidas por el paciente. El dolor siempre está presente y es el criterio diagnóstico obligatorio. Puede tener diferentes formas de presentación, dependiendo de la importancia que el paciente le dé a sus síntomas, siendo el motivo principal que lo lleva a consultar a diferentes especialistas. El mismo puede presentarse como generalizado o localizado, con intensidad variada. Lo que para algunos pacientes es una molestia, para otros es un dolor que los inhabilita, a veces se traduce como ardor y otras como dolor punzante. Generalmente empeora con la actividad física, con el estrés o las variaciones del

tiempo meteorológico y es más intenso al despertar por lo que se infiere que no se ha logrado un buen descanso.

Comparto con el autor que la vivencia del dolor es subjetiva, recordando que desde su inicio el psicoanálisis habla del dolor como un concepto límite entre lo cualitativo y lo cuantitativo, entre lo anímico y lo somático³. La experiencia del dolor, como síntoma, tiene diferentes significaciones para cada sujeto que sufre los dolores de la fibromialgia (Lopes Besset y Gaspard, 2010).

Si bien la fatiga o cansancio es otro de los síntomas que aparece con frecuencia, el doctor Uboldi (2012) agrega un dato que considero importante: más allá de que hay una menor resistencia a los esfuerzos y el agotamiento aparece con facilidad, continúan hiperactivos. Esta precisión paradójica lleva a pensar en una posible carencia de registro de las necesidades en el paciente.

Los trastornos del sueño se presentan estrechamente vinculados a la intensidad de la enfermedad. Afectan tanto la conciliación como el mantenimiento del mismo, evidenciando una falla en su función de reparador, con la implicancia que ello tiene sobre la salud del ser humano.

La rigidez muscular se visualiza generalmente en la entrevista ante la pregunta del médico. Es mayor al despertar, de corta duración (30 minutos) y es conocida con el nombre de "envaramiento matinal" en tanto aparece como entumecimiento sin presencia de inflamación, predominando la limitación del movimiento. La ausencia de inflamación y la corta duración la diferencia de la artritis reumatoidea. Si bien no se sabe la causa de la presencia de este síntoma, algunas investigaciones apuntan que este tipo de artritis está asociada a niveles elevados de ácido hialurónico, pudiendo ser una explicación dado que también en los pacientes con fibromialgia los niveles del ácido mencionado son elevados.

Los trastornos de memoria también pueden acompañar el cuadro, que, cuando se manifiestan, suelen ser muy preocupantes para el paciente. Las investigaciones que exploran estos aspectos ponen en evidencia la estrecha relación de los trastornos de memoria con el dolor y el estrés, siempre presente en los pacientes con fibromialgia.

El doctor Uboldi (2012) agrupa los criterios en cinco categorías:

1. *Síntomas sensoriales*: parestesias u hormigueos, frecuentes, en manos o piernas, hipersensibilidad sensorial (auditiva y otras).

³ Capítulo 1, pp 12-15.

2. *Síntomas motores*: rigidez generalizada o localizada al levantarse, contracturas en diversos grupos musculares, temblor de acción.
3. *Síntomas vegetativos*: sensación de tumefacción en manos y otras áreas corporales, mareo e inestabilidad, hipersudoración, distermias, sequedad de mucosas, palpitaciones y opresión precordial.
4. *Síntomas cognitivos*: alteración de la atención, déficit de memoria reciente, alteración de la expresión verbal.
5. *Síntomas afectivos*: ansiedad, alteración del estado de ánimo.

El examen físico es muy importante donde se puede constatar la evidencia de dolor en los puntos sensibles, en los movimientos del raquis, y contracturas. También se remarca el valor de la entrevista diagnóstica donde generalmente se observa el signo de “*facies típica*”. Los pacientes se presentan como personas serias y tristes que transmiten frustración y desesperanza (Uboldi, 2012).

Si bien ha observado que la fibromialgia se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino, también la ha diagnosticado en hombres. Por esta prevalencia, el doctor Uboldi (2012) la denomina una “enfermedad de género” fundamentado desde un punto de vista socio-cultural por el hecho que “la mujer está sobrecargada en tareas frente al hombre, es más susceptible al estrés que el hombre” (p. 99). Por otro lado, desde el punto de vista biológico, hay estudios que demuestran que los hombres tienen niveles más altos de serotonina que las mujeres. Este neurotransmisor, que cumple un papel especial en los sentimientos de seguridad, autoestima, bienestar, se encuentra disminuido en la fibromialgia. De los pacientes hombres que Uboldi trató, destaca que las características de personalidad son similares a la de las mujeres, en tanto son exigentes, súper responsables, muy sensibles. Tienen una vulnerabilidad psicológica evidente, con factores estresores en la niñez y/o en el presente. Otra apreciación que trae, y que es compartida en nuestra práctica clínica, es que los hombres, en general, consultan menos.

Teniendo en cuenta la prevalencia en el sexo femenino y las características de sus síntomas, se ha planteado la hipótesis de que la fibromialgia sea la máscara de presentación de la histeria de nuestro tiempo (Ramos García, 2004). Por su parte, Pau Martínez Farrero (2010) busca la correlación con la neurastenia en tanto la sintomatología clínica parece guardar similitud con ella. También se plantea si la enfermedad surge como un trastorno secundario de otro de origen psicopatológico, basándose en la nosología psiquiátrica que ha descrito que algunos cuadros psicopatológicos desarrollan a posteriori patología somática. En sus conclusiones resalta que si bien se asemeja a la neurastenia, se diferencia con la clínica de la conversión histérica como así también con la de los trastornos

psicosomáticos. El síntoma conversivo admite que se investigue sobre su etiología mediante la palabra, mientras que el dolor muscular de la fibromialgia muestra reticencia a la dialéctica verbal.

2.2 - ¿Una nueva enfermedad?

Esta pregunta surge, cuando iniciado el siglo XXI en nuestra práctica clínica, se comienza a hablar de los sufrimientos de la fibromialgia, dentro del consultorio.

El término se introduce en el campo médico en 1976, por Kahler Hench, designando un nuevo cuadro clínico. Tres años más tarde, Muhammad Yunus, publica el primer ensayo clínico controlado, en base a una muestra de 50 pacientes. El estudio se realiza teniendo en cuenta 40 puntos, estableciendo criterios de valoración de la enfermedad. Estos servirán de base para los criterios de normalización que introduce el ACR mencionados anteriormente (Uboldi, 2012).

Sin embargo investigaciones dentro del campo de la medicina, encuentran que en 1750 hay descripciones de síntomas que podrían coincidir con las manifestaciones de la fibromialgia. Por ese entonces, Richard Manningham, refiere la febrícula (fiebre baja o fatiga), puntualizando que dentro de la sintomatología que presentaban sus pacientes aparecía el cansancio y muchos dolores corporales sin correspondencia de causa clínica. Casi un siglo más tarde, en 1869, el médico estadounidense George Beard, describe un cuadro clínico, el que denominó mioastenia, que se presentaba con un dolor generalizado, pérdida de fortaleza y fatiga. Este cuadro posteriormente fue considerado cercano a la neurastenia (Uboldi, 2012).

Entre esta última nominación hasta el reconocimiento de la fibromialgia por la OMS, hay un abanico muy amplio de descripciones de cuadros clínicos que podrían estar relacionados con la enfermedad que nos ocupa.

A nivel internacional se estima una prevalencia mundial de la fibromialgia entre 1 y 4% de la población general. Siendo más frecuente en mujeres, la enfermedad también se presenta en hombres, y en todas las franjas etarias. Ha sido descrita en todos los grupos étnicos y en todos los estratos socioeconómicos, con mayor relevancia en los estratos medios y bajos. Se eligió la fecha del 12 de mayo como el Día Mundial de la Fibromialgia, en memoria de Florence Nightingale. Además de la importancia de su lucha por los derechos de los

discapacitados de la guerra, fundadora de la primera escuela de enfermería moderna, se cree que sufrió de fibromialgia (Uboldi, 2012).

La fibromialgia ha adquirido mucha importancia en los últimos años, llegando a representar un problema de primer orden dentro de la salud pública de acuerdo al documento de la Sociedad Española de Reumatología, citado por Uboldi (2012).

Nuestro país no escapa a esta realidad, estimándose que alrededor del 2% de la población (70000 personas) está afectada por este cuadro clínico. En el año 2005 se creó la Asociación Uruguaya de Fibromialgia (2011), la cual se moviliza buscando la visualización y concientización de la enfermedad en nuestra sociedad.

La misma Asociación manifiesta que esta enfermedad incide negativamente en la calidad de vida del sujeto como también en la del entorno del mismo. Por la intensidad de sus síntomas puede llegar a ser muy invalidante. Asimismo es causante de ausentismo laboral, ocasionando muchas veces la pérdida de trabajo. Otro aspecto que se aprecia, coincidiendo con los criterios internacionales, es que son “grandes usuarios del sistema de salud y de la seguridad social, por lo que esta enfermedad constituye un problema para los Servicios Sanitarios y la Seguridad Social”.

El doctor Uboldi (2012), manifiesta que en nuestro país existe un vacío en torno a la enfermedad y suele ser ignorada por los actores políticos, médicos y la sociedad en general.

Por su parte, Javier Ramos García (2004) afirma, que en la actualidad, “hoy como ayer” se sigue desconociendo la importancia del psiquismo para el ser humano, escondiéndose bajo los dolores de la fibromialgia las envolturas psicosociales subyacentes. A su vez, un artículo de los doctores en psicología Vera Lopes Besset, et al (2010), afirma que la enfermedad encierra aspectos sociopolíticos e históricos por lo que no se puede leer la fibromialgia como una versión actualizada de la conversión ni ser reducida al campo psicossomático.

2.3 - Tratamiento de la fibromialgia

Como se indicó anteriormente, en la mayoría de los casos no se conoce la etiología de la fibromialgia, con la limitante que impone en el tratamiento. En su tesis doctoral, Victoria de Felipe García Bardón (2012), sostiene

En la actualidad no se conoce la etiología ni los mecanismos patogénicos precisos que actúan en la FM y las diversas hipótesis que se han propuesto no han aportado

resultados concluyentes. Se proponen teorías explicativas biológicas que son insuficientes, pero cuando se analiza la influencia de los factores psicológicos tampoco hay evidencia de si éstos son causa o consecuencia y numerosas investigaciones insisten en la influencia de los aspectos sociales. Ninguno de los tres ámbitos puede explicar, independientemente, el origen de este síndrome (p. 11).

Por ello, en tanto se entiende el enfermar desde una concepción biopsicosocial, el tratamiento debe ser desde un abordaje multidisciplinario. (de Felipe García-Bardón, Castel-Bernal y Vidal-Fuentes 2006). En concordancia con ello, la Asociación Uruguaya de Fibromialgia promueve la coordinación de tratamientos farmacológico, psicológico y físico.

De la pesquisa bibliográfica sobre el tema, parecería que cada vez más se cuestiona enfocar y tratar la fibromialgia como una entidad uniforme.

Algunos estudios entienden que es necesario lograr una clasificación para luego indicar la terapéutica. En esta línea realizan una tipificación en: tipo 1 (pacientes sin ninguna enfermedad concomitante) tipo 2, (pacientes con enfermedades crónicas reumáticas y/o autoinmunes), tipo 3, (pacientes con alteraciones psicopatológicas) y tipo 4 (pacientes simuladores). Los análisis en este sentido destacan que existen pocos estudios que consideran específicamente los subgrupos mencionados. Resaltan que los principales aspectos a considerar en la clasificación tienen que ver con los psicopatológicos y la coexistencia de otros cuadros, por lo que recomiendan la evaluación de cada sujeto por parte de un equipo multidisciplinario (Belenguer y Ramos-Casal, 2009).

En los últimos años se estaría trabajando para lograr un consenso en recomendar tratamientos multidisciplinarios, interdisciplinarios, buscando aliviar los síntomas, ayudando en la reorganización del sistema familiar, social y laboral del paciente, donde la información y educación son fundamentales (de Felipe García-Bardón, 2012).

En este sentido algunos abordajes incluyen terapias cognitivas para modificar las expectativas, creencias y atribuciones de los síntomas, como técnicas de afrontamiento comportamental frente al dolor. También se enseñan técnicas de relajación para aliviar la tensión y la ansiedad. (Herrero y Castilla, 2013).

Por su parte, el doctor Uboldi (2012) afirma que debe ser abordada terapéuticamente como una enfermedad biopsicosocial, psiconeuroinmunoendócrina y biocognitiva⁴. Desde esta concepción del ser humano, considera que los pilares en los que se sostiene el tratamiento

⁴ La teoría biocognitiva epistemológicamente considera la comunicación entre la cognición y la biología como proceso inseparable de la mente, cuerpo e historia cultural en un campo de bioinformación, cuyo creador fue el Dr. Mario Martínez en EE:UU. El sujeto es coautor de la salud y la enfermedad.

son la farmacoterapia, la intervención psicológica y el ejercicio físico. En este sentido, afirma, discrepa con la mayoría de la literatura médica, desde donde se propone un tratamiento esencialmente sintomático. El especialista uruguayo manifiesta que ha sido demostrado que sólo con medicación se alcanza el **20% de alivio**⁵ de los síntomas, incurriendo la mayoría de las veces en la polifarmacia.

Uboldi (2012) ha sido propulsor e integrante de un equipo interdisciplinario, conformado por psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta para el tratamiento de la fibromialgia. Esta actividad fue desarrollada en una mutualista de nuestro país, la cual quedó inactiva luego de su retiro.

Creo, en conclusión, que las especialidades existen, que la fibromialgia es una enfermedad compleja y que debe ser tratada por un equipo interdisciplinario, si es posible con formación en PNIE; un solo médico no es capaz de tratarla y tener éxito. Lo mismo digo para todas las enfermedades crónicas, pero en la práctica son tratadas parcialmente. El internista trata una EPOC o diabetes sin derivarlo a un rehabilitador, psicólogo, etc., solamente utilizan medicamentos; esto entonces es ignorar que el ser humano es una compleja unidad física, psicológica, social, ecológica, espiritual y cultural. Solamente tratan el aspecto físico, que es totalmente insuficiente (p. 174).

Entre las expresiones del especialista uruguayo y el discurso médico predominante parece zanjarse una brecha que puja en mantenerse en plena era de especializaciones en la cual la psicología no se mantiene al margen.

2.4 - Fibromialgia y psicoanálisis

El Documento de Consenso Interdisciplinario para el tratamiento de Fibromialgia de 2010, citado por Victoria de Felipe García Bardón (2012), realiza una cierta categorización, desde lo biopsicosocial, agrupando los pacientes según “la hiperalgia, la depresión/ansiedad y el catastrofismo”. Desde el psicoanálisis se propone considerar la personalidad de base, valorando si se trata de un síntoma conversivo o no (p. 22).

El estado actual de la cuestión parece centrarse en demostrar la necesidad de contemplar los aspectos psicológicos para el tratamiento de la enfermedad. La incidencia de síntomas ansiosos, depresivos y alteraciones psicológicas como trastornos psicopatológicos, lo confirman. Estos estudios resaltan que los pacientes relatan en su historia de vida,

⁵ El resaltado es mío.

situaciones adversas en la niñez, como abuso sexuales, victimización por parte de los adultos, violencia (de Felipe García-Bardón et al, 2006); vulnerabilidad psicológica evidente (Uboldi,2012) haber estado expuestos por períodos prolongados a sobreesfuerzo físico; haber padecido previamente una enfermedad física debilitante; vivencia de la sexualidad de manera traumática; sobre exigencia en la niñez principalmente de índole laboral (Martínez Farrero, 2010).

El psicoanálisis ha marcado la importancia que tiene sobre la construcción del psiquismo las experiencias en la infancia y sus efectos en la vida adulta. En ese proceso siempre surgen desencuentros inevitables entre el infante y el objeto auxiliador, pero cuando las experiencias son muy hostiles dejan marcas, como trauma psíquico, con diferentes vías de descarga de la tensión según el mecanismo que haya prevalecido, represión o escisión. En este sentido el psicoanálisis aporta teoría para la comprensión de los acontecimientos traumáticos, como así también un abordaje psicoterapéutico.

Ejemplo de ello son dos estudios provenientes de Brasil donde se incluye abordaje desde la teoría psicoanalítica. Uno de ellos enfatiza la importancia de la función subjetiva del dolor en la estructura psíquica del sujeto, esbozando una teoría personal sobre su dolencia. (Lopes Besset et al, 2010). El otro indica que la posibilidad de trabajar desde un marco psicoanalítico, habilitó a representar los afectos favoreciendo la expresión simbólica del sufrimiento. Los pacientes se refieren a sus síntomas físicos como una forma de expresión de la angustia, “expresión simbólica del sufrimiento, de la delimitación de las situaciones en que se intensificó el dolor y la cuenta del dolor corporal como cuerpo en descomposición”. Esto contribuyó a que se sientan involucrados en el proceso de salud y enfermedad (Déo da Silva y Rumin,2012).

Sin embargo, a pesar de los intentos de incluir una escucha psicoanalítica en los diferentes dispositivos, la realidad de los pacientes que sufren los síntomas de la fibromialgia es muy preocupante. Castellanos (2012) sostiene que en general los pacientes circulan por los sistemas de salud muchos años, sin encontrar respuestas que los ayuden a salir de la “encrucijada en que les ha colocado su enfermedad”. Hay algo del dolor que escapa al discurso científico, polemizando con la función del médico. Al respecto señala

El médico es conducido a aplicar con criterios de eficiencia su saber a los cuerpos enfermos y olvidar la verdadera demanda que funda la función del médico, que es la demanda que parte de la voz del que sufre. El médico debe saber que su eficacia no está solamente en el saber de la ciencia, su arte, su competencia, su arsenal terapéutico fracasan frente a estos enfermos que de manera extraña reaccionan mal a los tratamientos habituales.

Haciendo referencia a la intervención de Lacan sobre psicoanálisis y medicina, agrega

Lacan lo que viene a plantear es que el médico no se olvide del sujeto. Esto se ve de forma dramática en las Unidades del Dolor de los hospitales, lugares donde son remitidas estas pacientes, en donde son sometidas a tratamientos farmacológicos agresivos y con escasos resultados terapéuticos. El “dolor” que habita en las pacientes diagnosticadas de Fibromialgia no cede ante los analgésicos más potentes, incluido la morfina y sus derivados o equivalentes. Estas pacientes diagnosticadas de fibromialgia exponen con su cuerpo la falla en el saber de la medicina con el cuerpo, pagando así un alto precio.

Para Castellanos (2012), la fibromialgia sería un síntoma transclínico del cuerpo, como un fenómeno que aparece en el cuerpo como soporte, constituyéndose en un síntoma pero sin lesión, que no es psicosomático ni psicótico, está en el límite.

En la clínica actual, nos encontramos con pacientes que consultan buscando respuestas al sufrimiento ante la imposibilidad de la medicina en darlas. La psicoanalista Ana Simonetti (2007), en su artículo “Entre el síndrome y el trastorno, el síntoma” manifiesta, que el psicoanálisis puede trabajar con el síntoma fibromiálgico, en tanto pone a hablar el síntoma, en la singularidad de cada situación clínica. Es en este sentido, que se puede investigar sobre la implicancia de la psique en la etiología de la fibromialgia.

Capítulo 3 - Planteamiento del problema

Si bien la teoría psicoanalítica y la psicósomática han tenido grandes avances durante el siglo XX y en el presente, desde nuestra sociedad se sigue pensando que las enfermedades crónicas no transmisibles tienen una etiología con predominancia orgánica.

Sin embargo cuando aparece el diagnóstico de la fibromialgia, estamos hablando de una enfermedad que afecta lo físico, pero no se ha podido demostrar que tenga una causa específica orgánica, a pesar de que se trata de una enfermedad crónica reumatológica.

En nuestro país, desde 2005 existe la Asociación Uruguaya de Fibromialgia (2011), designándola como un reumatismo de partes blandas que afecta alrededor del 2% de la población, con una clara predominancia en el sexo femenino. Consideran que es un trastorno funcional con presencia de un dolor difuso crónico, promoviendo el abordaje desde la multidisciplina, coordinando tratamientos farmacológico, psicológico y físico.

La misma Asociación manifiesta que esta enfermedad incide negativamente en la calidad de vida del sujeto que la padece como también en la del entorno del mismo. Es causante de ausentismo laboral, como así también de pérdida de trabajo, pudiendo llegar a ser muy invalidante.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública (2006) manifiesta que “las Enfermedades Crónicas No Transmisibles son la principal causa de morbi-mortalidad en Uruguay. También son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales”.

En el capítulo anterior se plantearon algunos de los debates e interrogantes a nivel científico que giran en torno al tema y como la fibromialgia puede ser valorada como un problema tanto para los Servicios Sanitarios como para la Seguridad Social, dado que los pacientes son considerados como “grandes usuarios” de estos Servicios.

El enfoque de este trabajo no va a colocarse en establecer diagnósticos diferenciales que busquen relacionar la fibromialgia con la neurastenia, la histeria o lo psicósomático, sino que en este enfoque se trabajará, dentro de la teoría psicoanalítica, sobre los siguientes conceptos *princeps*:

- Lo representable y lo no representable en el entendido que cuando el yo se enfrenta a una situación intolerable, la energía pulsional puede derivar hacia el soma.
- La noción de escisión del yo o clivaje a la base de lo no representado.

- La incidencia de un duelo no elaborado, o sea no simbolizado, en estado de pérdida que inflige una efracción traumática que tiene como destino el soma en lugar de la psique.

Para ello enfatizaré los aportes de autores post freudianos, como André Green, Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis que profundizan sobre la noción del mecanismo de escisión y sus efectos sobre el psiquismo. André Green destaca el carácter fundante de este mecanismo que da origen al inconsciente escindido el cual funciona con la dinámica del campo de lo negativo, de lo no representable. Siguiendo esta línea de pensamiento, Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis desarrollan la noción de vulnerabilidad somática, concepto que alude a cierta cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal propio del inconsciente escindido que coexiste con el organizado en torno al conflicto y la represión.

Pensar lo somático desde estos aportes, implica sentar la hipótesis que hay un mecanismo de base, la escisión, que da lugar al inconsciente escindido, el cual funciona con la dinámica del campo de lo negativo, de lo no representable. A partir de aquí surge la inquietud de destacar y valorar el lugar de la psique en la fibromialgia, apuntando a las siguientes preguntas:

- ¿Qué lugar ocupa la psique en la etiología de la fibromialgia?
- ¿Qué relación existe entre un cuadro depresivo y la fibromialgia?
- ¿Podemos leer esta enfermedad somática como una irrupción del inconsciente escindido?
- ¿La dificultad de la elaboración de duelos favoreció un funcionamiento psíquico escindido y concomitantemente una vulnerabilidad somática?

Objetivo general:

Valorar el componente psíquico en la etiología de la fibromialgia para contribuir a un abordaje integral de la enfermedad.

Objetivos específicos:

1. Investigar sobre los aportes teóricos de autores post freudianos contemporáneos sobre la relación psique-soma.
2. Vincular los desarrollos teóricos con la clínica a través de la construcción de un caso.

Capítulo 4 - Diseño metodológico

Se realiza la construcción de un caso para abordar la temática de una enfermedad somática como la fibromialgia y su relación con el psiquismo desde una concepción psicoanalítica. El caso se construye a partir del proceso psicoterapéutico de una paciente que dentro de su sintomatología presentaba un sufrimiento orgánico, con la autora del presente estudio. La práctica clínica se dio dentro del marco de un servicio docente asistencial de la Facultad de Psicología. Los aspectos éticos se abordaron de acuerdo a los lineamientos generales del Código de Ética de la Investigación de la Facultad de Psicología de la UdelaR (2009).

Mediante la construcción del caso se busca establecer relaciones que lleven a los objetivos propuestos, articulando conceptos teóricos en relación al proceso de somatización, como la noción de escisión, la clínica de lo negativo y la particularidad del proceso terapéutico, de manera de ver qué de la teoría puede abrirse a nuevas resignificaciones. Se establecen correlaciones entre estos conceptos psicoanalíticos y un fenómeno clínico como el de la fibromialgia. En este sentido se busca pensar la fibromialgia desde una concepción psicoanalítica atendiendo la singularidad del caso.

Dentro de la metodología de la investigación, el estudio de caso, en una de sus vertientes, que es la que utilizaré, es un método que comprende el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular (Stake, 2010).

La reflexión sobre los diferentes usos del material clínico en el campo investigativo nos permitirá avanzar hacia la construcción de los aspectos específicos de la investigación en psicoanálisis. El recurso o uso de material clínico en la investigación es solidario con el tipo de investigación y éste a su vez queda determinado por el problema que se pretende indagar (Azaretto, 2007 p.1).

La Dra. Singer (2012), en la presentación del Eje Trans Programático del IPSICLI⁶ de la Facultad de Psicología, indica que “la construcción del caso es la unidad mínima que diferencia y efectúa el pasaje entre una praxis clínica y un acto académico”. Considera que en la construcción del caso “la clínica puede estar al servicio de ilustrar la teoría, la teoría ilustrar la clínica, se pueden utilizar abordajes universalizantes, o por el contrario, tomar la dimensión singular del caso”.

⁶Instituto de Psicología Clínica.

4.1 - La construcción del caso en psicoanálisis.

La fundamentación de la construcción del caso la encuentro, primeramente, en el creador del psicoanálisis, y luego en autores post freudianos muchos de ellos contemporáneos. Freud nos transmitió que la investigación en psicoanálisis se apoya muchas veces en la reflexión derivada del material clínico. A partir de su formación y experiencia desarrolla una teoría y un método, el analítico, buscando conocer el funcionamiento del psiquismo y su relación con el sufrimiento humano.

A través de sus historiales transmite su experiencia, su técnica, sus teorizaciones, su ética y su pertinencia terapéutica. Asimismo podemos apreciar en ellos que Freud adopta, para la escritura del caso, la modalidad de la novela. En ellos muestra como un sujeto que sufre a nivel consciente se va enfrentando a su propia verdad, derivada del inconsciente, a esa verdad atrapada en el síntoma, la cual se revela en un vínculo terapéutico habilitado por la transferencia. En la introducción a la edición de Historiales Clínicos, Freud (1925/1981) fundamenta la publicación de los mismos en tanto estima que el analista tiene un doble deber, con el paciente, en tanto dirige la cura, y con la ciencia, proporcionando los nuevos conocimientos. En sus palabras

Opino que la profesión médica no impone sólo deberes para con los enfermos individualmente considerados, sino también para con la ciencia, o lo que es lo mismo, con el gran núcleo de individuos que padecen igual dolencia o la padecerán en lo por venir (p. 934).

Raymundo Rangel (2010) nos dice al respecto: “A lo largo de su relativamente corta historia, el psicoanálisis ha recurrido precisamente a los casos como una vía primordial para la transmisión de esa experiencia que es la suya”(p.70).

Por su parte, González Rey (2000) sostiene que “la epistemología freudiana nos reporta una forma de producción cualitativa de conocimiento, en la que destacan su carácter interpretativo, singular y en permanente desarrollo, así como el papel del sujeto como productor de conocimientos” (p.10).

Siguiendo a Nasio (2008) el caso, como vía de transmisión, puede cumplir diferentes funciones: didáctica, metafórica y heurística. Cuando el caso permite transmitir la teoría en tanto aprendizaje activo y concretamente, dirigiéndose a la imaginación y emoción del lector, su función deviene didáctica. La lectura del caso permite la alternancia de los lugares de la pareja analítica, buscando transmitir lo vivencial de cada uno de los actores. A través de la imagen se introduce al lector en el ámbito abstracto, en el mundo de los conceptos. El autor

nos dice que esta capacidad de evocación que tiene el caso, es similar a la noción de catarsis que refiere Aristóteles, ya que la tragedia propicia que el espectador vea desarrollarse, en la escena exterior, un conflicto interno. En este paralelismo, el lector del caso toma el lugar de actor, y aprende mediante lo semejante, en tanto, a través de la imaginación, sufre como el paciente e interviene como lo hace el terapeuta.

Otras veces el caso puede adquirir una dimensión diferente, alcanzando un valor metafórico. Esta función que admite el caso, es tan significativa en psicoanálisis que nombrar a Schreber, por ejemplo, evoca inmediatamente a psicosis, como Dora a histeria y el pequeño Hans a fobia. El valor metafórico da cuenta que la observación clínica y el concepto que ilustra están tan asociados, imbrincados, que lo primero sustituye a lo segundo, transformándose en una metáfora, es decir que el ejemplo llega a ser concepto (Nasio, 2008).

Continuando con el legado freudiano, grandes psicoanalistas han hecho aportes fundamentales a la teoría a través del estudio de caso. Citando algunos ejemplos, tenemos a Lacan, quien a través del caso de las hermanas Papin desarrolla teorizaciones sobre el acto paranoico o Winnicott que a partir del caso de la pequeña Piggie conceptualiza sobre la noción de madre suficientemente buena. En este sentido el caso se dimensiona por un lado, en la función metafórica, en tanto la mención del nombre del caso evoca inmediatamente la noción conceptual y por otro, en la función heurística, por ser generador de conceptos (Nasio, 2008).

El caso toma una connotación de ficción en tanto no es traducción fiel de lo acontecido en la práctica, sino que se presenta como el “relato” que realiza un terapeuta dando cuenta de su encuentro con un paciente, articulándose con conceptualizaciones teóricas. Es una narrativa para ser leída y discutida, “el paso de una demostración inteligible a una presentación sensible, como la inmersión de una idea en el flujo móvil de un fragmento de vida y concebirlo, finalmente como la pintura viva de un pensamiento abstracto” (Nasio, 2008 p.16).

En el presente estudio, se entiende el caso en su dimensión heurística, en tanto campo de complejidad que posibilita hipótesis que enriquecen el entramado teórico. Es importante destacar que la construcción del caso no trata del material considerado empíricamente, en tanto historial, sino que refiere a la construcción de un relato que puede aludir a puntos de confluencia o diferencia entre teoría y clínica, y de cuya relación surjan nuevos enlaces asociativos o nueva producción de conocimientos. Así, un material clínico puede dar origen a varios casos, según la hipótesis que plantee cada investigación. El caso resulta de operaciones de inteligibilidad, requiere de una organización y de un lector que lo reconozca

como disparador de hipótesis. Así pueden darse, sobre un mismo historial, varios casos (Azaretto,2007).

Construir un caso revela una producción de lo irreductible, en tanto el mismo permite generar las condiciones para la transmisión de un saber en relación a la praxis, dado su existencia singular que habilita la novedad en el campo del pensamiento. El caso como “una brecha en la regularidad, una ruptura en las simetrías, una afectación de la homogeneidad, que viene al lugar de lo no sabido pero deseado.” (Hounie, 2012 p.25).

Cada situación clínica nos interroga de manera diferente frente a las concepciones teóricas, y esto es lo que mantiene vivo al psicoanálisis, al mismo tiempo que es siempre una zona de tensión.

Resulta interesante como plantea Raymundo Rangel (2010) la función del caso en la transmisión del psicoanálisis, en tanto tiene presente ciertas consideraciones en relación a la lógica de la *particular máxima*. En esta lógica, que el referido autor citando a Le Gaufey menciona, incluye la *lógica de la excepción*, que trata de “**algunos pero no todos**”⁷ ¿Qué es lo que permite esta lógica? En sus palabras encontramos la respuesta; “en la lógica de construcción de la particular máxima, el caso como excepción no mantiene con la universal una relación de exterioridad ni de refutación, sino más bien de oposición.” La diferencia está en que la “oposición requiere de eso a lo que se opone”, mientras que si el caso se halla en exterioridad a su universal, ésta se mantiene intacta; mientras que si se incluye y se refuta, se destruirá (p.74).

Pensar el caso en relación a su universal como en oposición a ésta, nos permite mantener el valor tanto de la teoría como del caso por si mismos; esto genera una dinámica en la que el saber del psicoanálisis orienta al analista en su intervención, mas nunca le permite colocarse como poseedor de verdad universal alguna, pues estará siempre ahí para impedirse el caso particular como excepción, surgido este sí de la experiencia singular que representa la palabra de quien se dirige a un analista en transferencia. *No es importante entonces comprobar si un caso se apega o no estrictamente a la realidad, pues no se rescata de él su valor de prueba, sino de cuestionamiento a la universalidad del saber que el mismo análisis produce* (Rangel 2010 p.75).

Siguiendo al referido autor, se piensa la construcción del caso del presente estudio como un instrumento el cual, a partir de un enigma, procura un saber y al mismo tiempo se busca que “siga produciendo toda una discursividad alrededor de un caso, impidiendo que éste se

⁷El resaltado es mío.

cierre a una significación correcta o última. Siempre un caso deberá ser fallido, en el sentido de la definición misma de lo inconsciente” (p.75). La fibromialgia, en tanto operación de inteligibilidad produce un recorte, dando lugar a un resto y es *en ese resto que se produce el campo de lo inconsciente*, el objeto de estudio del psicoanálisis.

En la Conferencia Inaugural de Actividades Académicas de la Facultad de Psicología, la Dra. Ana Hounie (2012) habla sobre la construcción del caso y su función en la transmisión del psicoanálisis. Tomamos sus palabras a modo de síntesis.

Las escrituras, lejos de convertirse en objetos consolidados, devienen marcas de un proceso que al modo de huellas dicen del camino transitado por el pensamiento en el que la subjetividad se ha comprometido. Ellas son formas que en su interjuego con los contenidos, denotan las marcas de un estilo. No hay modelos ideales para eso. No hay mejores formas de decir la clínica que otras. Ellas varían de acuerdo a las épocas y las circunstancias pues la escritura como modo de transmisión de saber, constituye una empresa sensible a las coordenadas históricas sociales que la determinan.

Luego agrega

No se escribe igual un caso en 1912 que en 2012, ni en el marco de la psiquiatría que el de la psicología, ni en los ámbitos del psicoanálisis kleiniano o lacaniano por citar algunos de los tantos ejemplos posibles. Cada contexto determina una forma que albergará sus contenidos en una estrecha relación, dando origen a las distintas significaciones que luego entramaremos en nuestros códigos compartidos. Las más de las veces el quid de la cuestión está en poder percatarse en la capacidad del lenguaje de conmover los convencionalismos, las repeticiones, para dar lugar a la sorpresa de la pregunta que por su inquietud, promovió el acto de escribir.

Y finaliza diciendo

Desatar el pensamiento en este sentido, tiene al menos dos consecuencias: la primera, el múltiple desdoblamiento de la subjetividad concernida en el acto de escritura que habilita a la reinvención de las historias y nuevos modos de pensar; la segunda, la recreación singular de la existencia de quien por ese acto se sabe habitante de un mundo en el que no se ha involucrado sino por su propio deseo (p.31).

Capítulo 5 – Marco teórico

El marco teórico de la presente tesis es la teoría psicoanalítica, en especial los aportes teóricos de autores post-freudianos como André Green y Rubén Zukerfeld junto a Raquel Zonis. Estos autores han profundizado las conceptualizaciones en relación al mecanismo de escisión del yo introducido por Freud. Este mecanismo da origen al inconsciente escindido caracterizado por una dinámica propia vinculada al campo de lo negativo. Esta corriente de pensamiento nos ofrece otra línea de reflexión para poder pensar y comprender lo somático.

Las nociones principales sobre las que se sostiene el campo de lo negativo, siguiendo a André Green son: escisión, narcisismo negativo, función desobjetalizante, desligazón, lo no representable. La clínica de lo negativo constituye una de las problemáticas actuales de la clínica psicoanalítica contemporánea. En este sentido Green reformula el campo analítico, siendo su idea central que la pareja analítica debe funcionar en procesos terciarios. Esto implica que debe desarrollarse una creatividad la cual será posible en tanto se involucren intersubjetivamente los integrantes de la pareja analítica aportando un aire transicional al abordaje de la clínica actual.

Dentro del campo de lo que Green denominó “locuras privadas”, muchos psicoanalistas han dirigido su interés a lo no representable y su efecto en el sufrimiento humano. En el Río de la Plata, Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld, coincidiendo con el trabajo del psicoanalista de la escuela francesa, han desarrollado un modelo teórico para abordar el tema de la enfermedad somática. En esta línea, se tomarán los conceptos desarrollados por estos autores sobre tercera tópica y vulnerabilidad somática.

Las nociones del campo de lo negativo se fundamentan principalmente en las conceptualizaciones de pulsiones, narcisismo y escisión descritas por Freud.

5.1 - Entre lo somático y lo psíquico

André Green (2008) centró gran parte de su teoría en el estudio de los casos fronterizos. En el recorrido que hace profundizando los conocimientos teóricos de la obra de Freud, establece una diferencia entre soma y cuerpo; en tanto el primero es el organismo biológico, el segundo lo relaciona con la investidura libidinal. Observa que los límites del aparato psíquico toman los mismos aspectos de la pulsión: la fuente que deriva del soma y la meta que se alcanza a través de una acción específica.

La noción de pulsión (trieb), fue introducida por Freud en Tres ensayos sobre la teoría sexual en 1905. Posteriormente la definirá como un proceso dinámico, que tiene una fuente, un fin y un objeto. Cuando se genera un estado de tensión en el organismo biológico (lo que representa la fuente), la pulsión busca suprimir dicho estado, constituyendo su fin, para lo que se sirve del objeto (Laplanche y otro, 1983).

Esta noción, que alude a lo energético, sostiene que el organismo está sometido a excitaciones que provienen tanto del mundo externo como del mundo interno, cuyas descargas responden al principio de constancia. El organismo puede llegar a despojarse de los estímulos externos, pero no de los internos, planteando exigencias muy altas al sistema nervioso que “lo mueven a actividades complejas, encadenadas entre sí, que modifican el mundo exterior lo suficiente para que satisfaga a la fuente interior de estímulo” (Freud, 1915/1979 p.116). Estas excitaciones generadas en el organismo integran el funcionamiento del aparato psíquico. La actividad del aparato psíquico, nos dice el autor, está sometida al principio de placer, en tanto el incremento del estímulo genera displacer, la disminución del mismo se asocia al placer. Tomando en cuenta el aspecto biológico,

la pulsión nos aparece como un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático, como representante psíquico de los estímulos que provienen del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de la exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal (Freud,1915/1979 p.117).

Green (2008) sostiene que en este planteo se puede entender que la pulsión tiene variaciones en su funcionamiento, sosteniendo que ya Freud introduce una diferencia entre soma y cuerpo.

La pulsión es definida como un proceso, una progresión que supone presión o energía, que sólo se puede sentir y comprender como la medida de una exigencia de trabajo sobre el alma. En mi opinión, es claro que la medida de esa exigencia de trabajo es de fuerza variable y que las fronteras entre el organismo y su alma no se deslindan de manera tajante, así dentro de este concepto fronterizo (Grenzbegriff), uno puede pensar también estados fronterizos entre lo somático y mental o psíquico, entre el cuerpo y el alma sobre la cual opera el proceso de transformación (p. 106).

Si para Freud la función principal del aparato psíquico es disminuir la fuente de displacer, Green (2008) sostiene que es muy importante la representación, en tanto representación del mundo interno como del externo. Representación en un sentido amplio integrando ideas, actos, afectos, lenguaje, pensamiento, estados corporales. Para poder distinguir entre representación (principio de placer) y percepción (principio de realidad) es importante el

examen de realidad. La representación, al igual que el aparato psíquico, se va construyendo desde el comienzo de la vida del sujeto, donde la madre aparece como objeto satisfactor de la necesidad y como sustituto del yo incipiente del niño. El yo del niño se va formando en forma gradual, a través de la nutrición y los cuidados maternos. Retomando los límites hipotéticos del psiquismo, por un lado estaría el soma, como la fuente de la pulsión, y por otro la representación, en tanto energía ligada que responde con una acción específica. Aquella energía no ligada puede irrumpir como un pasaje al acto o una enfermedad somática.

Como se dijo anteriormente, el concepto de pulsión surge a partir del modelo de la sexualidad humana. En 1905 Freud establece dos tipos de pulsiones, las de autoconservación o del yo y pulsiones sexuales. Las pulsiones de autoconservación son aquellas que se enlazan a las necesidades que atañen a la conservación de la vida del ser humano, ligadas a las funciones somáticas y sirven de apoyo al desarrollo de la pulsión sexual. El autor nos dice, que el placer del chupeteo en la fase oral, por ejemplo, encuentra su apoyo en la nutrición. En este acto vemos como la pulsión toma la significación como un concepto límite entre lo somático y lo psicológico.

Sobre las pulsiones sexuales, Freud (1914/1979) dice

Son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. La meta a que aspira cada una de ellas es el logro del placer de órgano, sólo tras haber alcanzado una síntesis cumplida entran al servicio de la función de reproducción, en cuyo carácter se las conoce comúnmente como pulsiones sexuales.

Luego agrega

En su primera aparición se apuntalan en las pulsiones de conservación, de las que sólo poco a poco se desasen, también en el hallazgo de objeto siguen los caminos que les indican las pulsiones yoicas. Una parte de ellas continúan asociadas toda la vida a estas últimas, a las cuales proveen de componentes libidinosos que pasan fácilmente inadvertidos durante la función normal y sólo salen a la luz cuando sobreviene la enfermedad (p. 121).

En la cita quedan plasmadas las características de la vida sexual en la infancia, donde se desprende que en un principio hay pulsiones parciales, que funcionan independientemente, desconectadas entre sí. A cada pulsión, le corresponde una determinada zona del organismo (zona erógena), por tanto, autoerótica. Posteriormente, en el proceso del desarrollo de la libido y del aparato psíquico, las pulsiones tienden a unificarse.

Durante ese proceso no todo es gratificación, advienen desengaños, frustraciones inevitables en todo proceso de desarrollo, y que, al mismo tiempo, son necesarios para poder lograr la separación. Suceden, entonces, experiencias placenteras y displacenteras que se dan en el proceso de conformación del aparato psíquico, integrando lo bueno y lo malo. Las formas de tramitar dichas experiencias pasan por dos grandes mecanismos, la represión y la escisión, considerando este último como central en el tema que nos atañe (Green, 2008).

5.2 - Escisión del Yo

El término escisión, como equivalente de *spaltung*, fue utilizado por Freud y otros psicoanalistas de la época para denominar el hecho de que el ser humano, en algún aspecto, se divide en relación a sí mismo (Laplanche y otro 1983).

Freud habla de este mecanismo en sus escritos *El fetichismo* (1927), *La escisión del yo* (1938) y *Esquema de Psicoanálisis* (1938). Visualiza que en la construcción del aparato psíquico, el yo se enfrenta a ciertas situaciones apremiantes con las que debe arreglárselas. Observa que el yo se comporta de una manera singular frente al conflicto que se genera ante las exigencias pulsionales, cuyo fin es la satisfacción, y la realidad que aparece como amenazante, peligrosa. La actitud del niño puede ser la de reconocer el peligro y renunciar a la satisfacción o desmentir esa realidad. Según nos dice Freud (1938/1986), el niño puede hacer las dos cosas o ninguna, teniendo el mismo resultado. "Las dos reacciones contrapuestas frente al conflicto subsistirán como núcleo de una escisión del yo." (p.276).

Entonces la escisión del yo alude a

la coexistencia dentro del yo, de dos actitudes psíquicas respecto a la realidad exterior en cuanto ésta contraría una exigencia pulsional: una de ellas tiene en cuenta la realidad, la otra reniega la realidad en juego y la substituye por una producción del deseo. Estas dos actitudes coexisten sin influirse recíprocamente. (Laplanche y otro 1983 p.125).

Es importante destacar la característica intrapsíquica de este mecanismo, o sea la coexistencia se da en el yo, sin ejercer influencia una actitud sobre la otra, sin mantener una conexión entre ellas. Enfatizo entonces que se trata de una forma de coexistencia de dos mecanismos, uno orientado a satisfacer la realidad, y otro lo pulsional.

El concepto de escisión admite diferentes matices dependiendo del marco conceptual que lo defina. Green (2008) manifiesta que el creador del psicoanálisis relaciona la escisión con la pulsión de muerte, pero desde una conceptualización de la pulsión tanática como una fuerza separadora, que surge desde lo interno pero que no tiene un fin destructivo, sino más bien disjuntivo. Para Green, marcando una diferencia conceptual con Freud, la escisión tiene que ver con la desligazón y la pulsión tanática en tanto función desobjetalizante.

La escisión del niño es una reacción muy básica a la actitud del objeto, que puede ser doble: 1) por falta de fusión por parte de la madre, con la consecuencia de que aun en las experiencias reales de encuentro el niño se enfrente con un pecho en blanco; 2) un exceso de fusión si la madre es incapaz de renunciar, en aras del crecimiento de su hijo, a la dicha paradisíaca recuperada a través de la experiencia del embarazo (p.110).

Estas expresiones nos remiten a la función de holding que teoriza Winnicott (1993). El autor habla de una preocupación materna primaria que es la capacidad empática de la madre para entender las necesidades del bebé, estrechamente vinculada al holding materno. La función de sostén se relaciona con el cuidado materno, (parental) siendo esencial tanto para el desarrollo emocional temprano como para la continuidad existencial del infante. Se vincula a lo físico, teniendo en cuenta el manejo (handling) como el vínculo afectivo y a la mirada. En este sentido, abarca la totalidad de los cuidados en la etapa de dependencia absoluta posibilitando la unidad psique-soma para lograr el self unitario. “En la fase de sostén el infante se encuentra en una dependencia máxima” (p. 59).

En el inicio existe una dependencia absoluta, donde el infante no tiene el control de lo bueno y lo malo, luego una dependencia relativa, etapa en que se advierte la necesidad de los cuidados del objeto auxiliador. La siguiente fase sería “hacia la independencia”. El infante llega a esta etapa “gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado con el desarrollo de confianza en el ambiente” (Winnicott, 1993 p. 59).

A partir del primer encuentro bebe-madre queda una huella mnémica, un afecto. La singularidad de cada sujeto va a estar dada por la singularidad de la interacción de lo pulsional del bebe y la respuesta materna, donde se va construyendo un vínculo único. La habilidad del objeto auxiliador es propiciar la separación, la diferenciación, de manera paulatina, sosteniendo, conteniendo. Pero también en el proceso de conformación del psiquismo advienen fallas, desencuentros, que pueden llegar a ser intolerables apareciendo como defensa la escisión, separando, segregando lo insoportable.

El proceso de separación niño-pecho, niño- madre se irá produciendo en referencia a un tercero potencial, presente desde el inicio en la psique de la madre.

Por la importancia que tiene esta etapa, destaco una situación muy compleja y extrema que Green (1999) conceptualiza en la noción de la madre muerta. Con ella se refiere al hecho de cuando la madre está presente físicamente, pero ausente en su función, en tanto no acude, no auxilia al bebé cuando él la necesita. No se trata del hecho real de la muerte de la madre, sino cuando la madre está ausente en presencia, posiblemente por un estado depresivo profundo, quizás producto de un duelo no elaborado. El objeto está pero no inviste, ni calma, ni sostiene, generando una experiencia de desamparo en el bebé. Esta experiencia resulta insostenible para el infante, rechazándola a través de la escisión. Eso que se escinde es el afecto y produce vacío (p. 208).

Entonces, en el proceso de separación, puede resultar que algo sea segregado, excluido, desmentido por la defensa, volviéndose inelaborable. Lo segregado puede regresar como lo hace lo reprimido, pero con una cualidad intrusiva, por la vía de la identificación proyectiva. En este sentido la escisión desembocaría en la polaridad “pérdida-intrusión”.

Sería enteramente erróneo pensar que la escisión se produce solo o sobre todo durante la separación de lo externo respecto a lo interno. De hecho, también sobreviene escisión, y tal vez hasta predominantemente, entre psique y soma y, en consecuencia, entre sensaciones corporales y afectos. Esta disociación puede adoptar formas sutiles, como en el proceso aislador que disjunta afecto, representación y pensamiento. Innecesario es decir que la acción motora misma puede ser segregada del mundo psíquico. Lo que deseo destacar aquí es que las dos fronteras establecidas por la escisión separan lo somático y el cuerpo libidinal, por una parte, y realidad psíquica y realidad externa, que incluye el cuerpo libidinal y la acción, por la otra. (Green, 2008 p.111).

El autor considera que los conceptos que definen la esfera psíquica son la represión y la escisión. La escisión se desarrolla en dos niveles, escisión entre lo psíquico y lo no psíquico (el soma y el mundo externo), y escisión dentro de la esfera psíquica, lo que denomina doble frontera. El adentro y el afuera se determina por la existencia de un contenedor yoico, y sostén del yo que no brinda protección, siendo elásticos, flexibles. Esa flexibilidad opera como expansión o retracción con lo cual se defiende de la angustia de pérdida y/o angustia de implosión. Estas fluctuaciones se perciben como pérdida de control, como “el último recurso defensivo frente a la implosión, la desintegración o la pérdida.” En estos sujetos, el yo es rígido y carece de cohesión, es vulnerable y esa “cáscara yoica” resulta ineficaz (Green, 2008).

Siguiendo su conceptualización, el yo estaría compuesto de núcleos que no se comunican entre sí, a los que denomina archipiélagos. Lo que el autor busca transmitir es la ausencia de cohesión, de unidad y coherencia. Debido a esta ausencia de integración, los pacientes transmiten una sensación de frialdad, de ausencia de vitalidad, como si “esas islas de yoes separados no llegaran a formar un ser individual”. Sostiene que estas islas están rodeadas de vacío, vinculadas a la vaciedad básica que se observa en la personalidad fronteriza (Green, 2008).

La sensación que acompaña el retorno de los elementos segregados es de amenaza, de desvalimiento, de acuerdo al pensamiento freudiano, de desintegración, según Winnicott, diferenciándose de lo que se vivencia frente a la represión, en tanto el retorno de lo reprimido origina la señal de angustia (Green, 2008).

Mediante la metáfora del collar de perlas sin hilo, representa como es el discurso del paciente fronterizo, en tanto se observa como las representaciones, palabras, afectos, contiguos en tiempo y espacio, no están conectados entre sí. Es tarea del terapeuta hacer los nexos, las conexiones faltantes y lo podrá hacer “prestando” su propio aparato psíquico.

Para Green (2008), la escisión sería uno de los mecanismos polares del aparato psíquico. Un concomitante sería el de la depresión, en tanto desinversión radical que origina estados anímicos sin rastros de afectividad y sufrimiento, en blanco. La escisión opera desde una depresión primaria.

En el funcionamiento mental de estos pacientes reina la confusión, no hay una clara distinción entre afectos, representación y pensamientos. Hay una masiva carga de afecto que dificulta pensar racionalmente. Green (2008) también trae la noción de proceso terciario el cual se compone de mecanismos conjuntivos y disyuntivos que ofician de intermediarios entre los procesos primario y secundario. Sirviéndose del proceso terciario, el yo se resguarda de la nocividad de la escisión y puede establecer un equilibrio mental flexible.

La escisión es un mecanismo que convive con la represión, en tanto son mecanismos estructurantes, cada uno con dinámica propia. En la esfera psíquica, la relación del yo con las demandas pulsionales, por efecto de la represión, se da de manera vertical, (lo que vale decir, entre el adentro y el afuera). Lo que se quiere indicar es que en el dominio que ejerce la represión sobre las demandas pulsionales, no permite que el impulso pulsional llegue a la superficie, mientras éste ejerce una presión hacia la superficie, la represión ejerce presión en dirección contraria. En la escisión la relación se da en forma horizontal, lo que significa que tanto las demandas pulsionales como las exigencias del yo coexisten en el mismo espacio psíquico.

Es decir, existe un funcionamiento psíquico escindido que coexiste con otro reprimido del que la conciencia periódicamente se anoticia. Esto plantea la existencia de un Inconsciente escindido que es lo que daría dimensión tópica más clásica a la afirmación de Green sobre la relación “horizontal” entre el campo de la conciencia y el inconsciente, y sobre la coexistencia de la “razón del yo y las demandas pulsionales” porque existe otra estructura Inc. que no ha sido reprimida y que tampoco corresponde a la fracción del Yo que se inconcientiza en el modelo de la segunda tópica (Zukerfeld y otra 1999 p.21).

Entonces hablamos de dos tipos de inconsciente, el reprimido, siguiendo el planteo de Freud, en tanto la represión es un mecanismo fundante del aparato psíquico, y el escindido, producto de la escisión del yo. De esta manera se establece la doble frontera, donde se separa por un lado lo somático y el cuerpo libidinal, y por otro lado la realidad psíquica de la realidad exterior, que contiene el cuerpo libidinal y la acción. Para Green (2008), en el pasaje al acto como en la somatización existe una falta en la simbolización, es “decir que reacciones somáticas (o psicósomáticas) y pasajes al acto tienen la misma función: una descarga defensiva frente a la realidad psíquica” (p 111). En la intersección de las dos fronteras se encuentra el pensamiento. En este punto, Green (1990) hipotetiza sobre los procesos terciarios, los que tendrían como función “instituir un vaivén entre procesos primarios y secundarios, teniendo comunicación entre adentro y afuera” (p.123). La frontera del adentro afuera puede servir para ocultar los conflictos internos. Estos suelen aparecer cuando el sujeto es preso de una angustia destructora y que “en ausencia del objeto, que exigen la verificación de su integridad y la prueba de su supervivencia”. El pensamiento queda incapaz de funcionar a partir de la vivencia depresiva de pérdida del objeto.

Hay un trabajo de ligazón que puede ir hacia el afecto y la representación o hacia la pulsión y la descarga. El trabajo de la objetualización expresa la pulsión ligada por obra de la pulsión de vida, que no necesariamente se expresa por vía de la ligazón de afecto y representación y si por la vía del soma que nos concierne (Green, 2008).

La integración psique-soma se basa en la capacidad representacional, si por el contrario se escinden ciertos elementos de su procesamiento psíquico, el empuje hacia la descarga puede manifestarse en lo somático no representado.

5.3 - Lo negativo: narcisismo de muerte, narcisismo negativo

En relación al tema invocado, se hace necesario ir a la conceptualización sobre narcisismo a partir de Freud para pensar su articulación con la pulsión de muerte, lo que Green (1999) denominó narcisismo negativo. Esto permitirá seguir la relación entre narcisismo negativo, función desobjetalizante, desligazón, lo no representable y el síntoma somático.

Freud (1914/1979) se refiere a narcisismo, como el “complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye a todo ser vivo” (p. 72). El “complemento libidinoso” nos remite a la investidura del yo, como objeto, lo que significa que el primer objeto libidinal es el yo.

Freud sostiene

Es un supuesto necesario que no esté presente desde el comienzo en el individuo una unidad comparable al yo; el yo tiene que ser desarrollado. Ahora bien, las pulsiones autoeróticas son iniciales, primordiales; por lo tanto algo tiene que agregarse al autoerotismo, una nueva acción psíquica, para que el narcisismo se constituya (Freud 1914/1979 p. 74).

Entonces la noción de narcisismo remite a la investidura, que va hacia el yo (narcisismo primario) y luego hacia los objetos. También hay desinvestidura, (narcisismo secundario) que tiene que ver con el retorno de la libido objetal hacia el yo. La desinvestidura es normal en el estado de dormir o frente a una afección orgánica volviéndose patológica en el delirio megalomaniaco.

Con la noción de narcisismo, Freud va a dar un giro conceptual sobre la teoría del yo, donde el yo pasa a ser considerado como objeto, como “una imagen, un vestigio de identificaciones pasadas” y no sólo como agente de adaptación en tanto función biológica (Mannoni, s/f)

Entonces el yo tiene aspectos conscientes, como heredero de la razón, y también aspectos inconscientes. Esto dará origen a la segunda tópica del aparato psíquico, donde Freud plantea que hay un conflicto desde el yo, en tanto sostiene que hay procesos inconscientes que provienen del propio yo y no de lo inconsciente. En este sentido, se destaca la importancia del yo como *sede del conflicto* donde puede sobrevenir escisión, y como *sede del narcisismo* que va a invertir al propio yo o a los objetos, pudiendo también desinvertir.

Este movimiento de investidura desinvestidura lo retoma Green, vinculando la primera a la función objetalizante propia de las pulsiones de vida, y la segunda con la función desobjetalizante correspondiente a las pulsiones de muerte.

Green (1999) coincidiendo con Freud, entiende el narcisismo primario como la organización de las pulsiones parciales del yo a través de una investidura unitaria del yo, mediante la dirección de Eros. Por su parte, el narcisismo primario absoluto sería la expresión de la propensión a la reducción de investiduras a nivel cero, por la incidencia del principio de Nirvana. En ambos casos, el yo encuentra en sí mismo la satisfacción, generando una ilusión de autosuficiencia, liberándose de las vicisitudes y dependencia de un objeto variable, el cual a veces es generoso y otras veces no, respondiendo a su propio albedrío. Este narcisismo positivo, trófico, se vincula con las pulsiones de vida, en tanto vida como complejización, que promueve y enriquece el desarrollo.

La existencia de un narcisismo negativo se postula desde la teoría como de la experiencia clínica (Green, 1999).

El narcisismo negativo se orienta a la inexistencia, al vacío, a lo blanco. Lo neutro (blanco) puede investir al afecto (en tanto indiferencia), a la representación o al pensamiento (psicosis blanca). No debe entenderse el masoquismo como sinónimo de narcisismo negativo; mientras el primero aspira al dolor y a su mantenimiento como única forma de existencia, el segundo aspira a la inexistencia. De esta manera Green (1999) va a aproximar el narcisismo negativo a la pulsión de muerte como un intento de dar respuesta al enigma que dejó Freud como parte de su legado, en torno a cuál sería la función de la pulsión tanática.

Coincide con el padre del psicoanálisis en que la función autodestructiva cumple con la función representante de la pulsión de muerte, como lo es la función sexual para las pulsiones de vida. Sin embargo mantiene una diferencia con él, en tanto considera que no se expresa espontánea ni automáticamente. En la clínica actual, (neurosis de carácter, estructuras narcisistas, casos fronterizos) sin ir necesariamente a los casos más destructivos de desintegración del yo, se visualizan formas de destructividad no intrincadas. “Es necesario observar que en todas estas configuraciones clínicas el mecanismo dominante a menudo invocado es el duelo insuperable y las reacciones defensivas que suscita” (Green, 1991 p.70).

En relación a las conceptualizaciones sobre las pulsiones, Green (1991) sostiene que si bien son conceptos teóricos muy difíciles de demostrar en la experiencia, no se encuentran disociadas de ella, dándole un valor clínico muy importante. Compartiendo las teorizaciones de Freud, toda pulsión es activa, su objeto es variable y su fuente no es ni somática ni psíquica, es un concepto límite entre ambos, que en el recorrido desde la fuente a la meta puede inscribirse psíquicamente o no.

Si no perdemos de vista que la teoría de las pulsiones pertenece al orden de los conceptos y en consecuencia nunca es totalmente demostrable por la experiencia, estos conceptos tienen por fin esclarecer la experiencia y no podrán ser disociados. Esto nos conduce a afirmar que incluso si se plantean las pulsiones como entidades primeras, fundamentales, es decir, originarias, hay sin embargo que admitir que el objeto es el revelador de las pulsiones.

Y agrega en relación al objeto, “él no las crea – y se podría sin duda decir que es creado por ellas al menos en parte – pero es la condición de su advenimiento a la existencia” (p. 72).

Si bien Freud sostiene que los mecanismos característicos de la pulsión de vida y de muerte son la ligazón y la desligazón, Green (1991) añade que en la pulsión de vida pueden coexistir los dos mecanismos, pudiendo absorber en sí una parte de la pulsión de tánatos y transformarla. La pulsión de vida, es continente de la función objetalizante y su esencialidad está en asegurar la función objetalizante. Esta función es partícipe de la estructuración del psiquismo en tanto promueve, mediante investiduras, que determinados aspectos del funcionamiento del psiquismo alcancen el rango de objeto, en pos de la continuidad y enriquecimiento del yo. La función objetalizante permite la creación continua de formas objetales que nutren la realidad psíquica y enriquecen al yo.

La tendencia objetalizante de las pulsiones de vida o de amor tiene por consecuencia principal cumplir, por mediación de la función sexual, la simbolización./.../ Tal cumplimiento es garante de la intrincación de los dos grandes grupos pulsionales cuya axiomática sigue siendo a mi parecer indispensable para la teoría del funcionamiento psíquico. (Green, 1984 p. 78).

Por su parte, la pulsión de muerte sólo implica desligazón. La expresión de la pulsión de muerte, se da a través de la función desobjetalizante, precisamente mediante la desligazón. Esta función ataca al yo, a la relación de objeto y al investimento, en tanto está vinculada a la destructividad.

La perspectiva de la pulsión de muerte es cumplir en todo lo que sea posible con una función desobjetalizante, por la desligazón. Esta cuantificación permite comprender que no es solamente la relación con el objeto la que se ve atacada, sino también todas las sustituciones de este: el yo, por ejemplo, y el hecho mismo del investimento en tanto que ha sufrido el proceso de objetalización (Green, 1984 p.73).

El referido autor hace énfasis al marcar que la destructividad es la manifestación propia de la pulsión tanática, en tanto función desobjetalizante que se opone radicalmente al trabajo del duelo, en el sentido que el duelo permite los procesos de transformación de la función

objetalizante, lo que dará origen a la libido de objeto y libido narcisista. La máxima expresión de la función desobjetalizante, es el narcisismo negativo, en tanto aspira al cero absoluto, que ataca directamente a la función objetalizante (Green, 1991).

El narcisismo negativo, es el narcisismo tanático que promueve la desligadura, la no ligazón, el caos. Porque la pulsión de muerte tiende a la destrucción de la vida, del cuerpo físico, pero también del alma y del psiquismo. Dice Green (2014), “lo que se busca es el abandono de todo lo que aparente ser muestra de una voluntad individual y dotada del derecho a expresar su diferencia, su rechazo o su oposición al otro” (p.177). Si bien estima que la introducción de la pulsión de muerte en la teoría freudiana surge para integrarla en el corpus teórico, no se puede desatender el par construcción – destrucción, y su correlato intrincación – desintrincación. Así se puede pensar la pulsión de muerte de dos maneras, una cuando existe un testimonio de una aspiración al fracaso, al displacer, al sufrimiento, siendo de una justificación más clara. La otra tiene que ver con la culpa inconsciente, el masoquismo o la reacción terapéutica negativa extrema, reconociendo la implicancia de la pulsión de muerte, asignándole un valor supremo, el cual no requiere ser probado. Pone el énfasis en una destructividad originaria de doble orientación, que la mayor parte del tiempo es inconsciente, donde no puede discernir si la naturaleza esencial de la pulsión de muerte es interna o externa, (hacia la muerte del sujeto o hacia el otro).

Para prolongar esta tesis, diría que cuando las experiencias dolorosas invaden la psique y ponen en jaque el principio de placer, dan lugar a experiencias de destructividad irrepresentable debido a su poder devastador en todas las direcciones, esto es, tanto en lo externo como en lo interno. Angustia mortal y destrucción ilimitada ocupan el psiquismo. Su resurgimiento en el adulto suele ser de difícil interpretación. *Lo daimónico deviene demoníaco.*

Y luego agrega, “se entiende que, en esos casos, no se pueda hablar de regresión a un estadio libidinal anterior: se trata de una regresión global en que la destructividad no sabe cómo hacer frente al dolor psíquico, ni detenerlo” (Green, 2014 p. 179).

El autor sostiene que en estos casos, solo reina el goce y la interpretación es imposible. Se da una fuerza pulsional, que puede ser asimilada a un ciclón, imposible de detener.

Green considera, marcando una diferencia con Freud, que la pulsión de muerte no implica supremacía en relación a la pulsión amorosa, ni irreversibilidad cuando le toca prevalecer. Como se dijo anteriormente, puede volcarse a lo interno o lo externo y extenderse por ende, tanto a las psicosis como también a la psicopatía criminológica.

Por último, afirma que en el proceso de transferencia, se puede volver a ligar lo que se desligó por la incidencia de la pulsión de muerte, donde el papel del analista no puede minimizarse. (Green, 2014).

Existe un lazo muy estrecho entre el narcisismo y la depresión, según advirtió Freud, pero también existe un lazo innegable entre el narcisismo, la patología psicósomática y en los casos fronterizos. Establecer una diferenciación tajante entre estructuras narcisistas y estas patologías sólo lleva a crear divisiones artificiales que luego en la clínica es difícil de sostener (Green, 2014).

Es preciso resaltar como los desarrollos freudianos en relación al yo y al narcisismo, prolongados desde Green con los conceptos de ligazón y desligazón, pulsión de vida y pulsión de muerte, nos permiten pensar en los destinos en donde la dialéctica ligazón desligazón desinvieste los procesos representacionales e invierte el soma o el acto, dialéctica que nos dará herramientas para pensar la fibromialgia.

5.4 - Tercera tópica y vulnerabilidad somática.

Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis Zukerfeld, psicoanalistas rioplatenses, han desarrollado un modelo teórico clínico para abordar la enfermedad somática. Estos autores profundizan las conceptualizaciones de vulnerabilidad somática, tercera tópica y procesos terciarios tomando el recorrido de André Green sobre el inconsciente escindido.

Al referirse a tercera tópica, los autores aluden a la continuación de las tópicas freudianas, y la definen

Como un modelo de aparato psíquico, entendido como la construcción del psiquismo entre soma y Otro, caracterizado por la introducción de la segunda tópica freudiana de la escisión como mecanismo universal y estructurante que permite la coexistencia universal de dos grandes modos de funcionamiento. (Zukerfeld y otra 2005 p.53)

Recordemos que el término tópica refiere a la metaforización de los lugares de las funciones del aparato psíquico representadas en el espacio. Su significado, según el Diccionario de Psicoanálisis, da cuenta de una diferenciación del aparato psíquico en sistemas o funciones diferentes, que tienen un orden entre sí “lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una representación espacial figurada.” (Laplanche y otro 1983 p. 431). La primera tópica freudiana distingue inconsciente, preconscious y consciente, y en la segunda (1920) se amplía el concepto de aparato

psíquico, en tanto se teoriza que el mismo está constituido por tres instancias psíquicas: ello, yo y superyó. En consecuencia la tercera tópica se entiende como una representación metafórica que sirve para dar cuenta de la “heterogeneidad y coexistencia de funcionamiento psíquico inconsciente de estructura representacional y no representacional” (Zukerfeld y otra 2005 p.53).

Entonces, continuando la línea de Green, los principales antecedentes teóricos de esta conceptualización, son la segunda tópica freudiana y la escisión como mecanismo universal y estructurante que habilita la coexistencia de dos modos de funcionamiento.

Gráficamente se representa la escisión con una barra vertical, perpendicular a la representación de la represión (horizontal) y a partir de ella se organizan las exigencias del soma, lo biológico, y aquellas exigencias que se refieren a lo intersubjetivo. En ese funcionamiento, se pueden diferenciar, desde el punto de vista económico, “los mecanismos de carga y descarga que corresponden a huellas activables pero no evocables, correspondientes a las magnitudes no procesables de efecto traumático originadas en las 2 fuentes” y también las cargas que serán vinculadas a la representación cosa y de palabra por medio de las ligaduras (Zukerfeld y otra 2005 p.53).

Dinámicamente podrán corresponder tres tipos de funcionamientos: el correspondiente a la *represión*, en tanto investidura desinvertidura en relación al conflicto; el de la *escisión* donde se darían procesos y descargas (movimiento de vaivén horizontal) y el de la *vinculación* que relaciona los dos procesos anteriores, lo que constituye la tercera tópica. Se señala que

De esta manera el aparato psíquico final del año 1933 pasa a ser un modo – también universal- de funcionamiento psíquico que coexiste con otro que corresponde a lo inconsciente escindido. Esta última noción constituye el núcleo duro de la tercera tópica (Zukerfeld y otra 2005 p. 54).

Los autores referidos sostienen que la noción de inconsciente escindido da cuenta de la jerarquización del “mecanismo de escisión como separación originaria, global y persistente”, destacando su “dimensión estructural”, que sigue el mismo recorrido que la represión. Recordemos que la represión, de acuerdo a las teorizaciones de Freud, pasó de una defensa histórica a un mecanismo universal, constitutivo y por ende, permanente.

Los conceptos fundamentales en los cuales se sustenta el modelo de la tercera tópica son cinco. En primer lugar, la noción de *heterogeneidad* del inconsciente, lo cual admite varios tipos de funcionamientos con características diferentes, por lo que no se puede admitir la idea de un inconsciente homogéneo. La segunda noción es la de *coexistencia*, en tanto los funcionamientos se dan simultáneamente cuyas producciones finales encierran aspectos

variables. Le sigue la noción de *correspondencia* donde “los funcionamientos que se describen intentan estar acordes con las investigaciones sobre las memorias y las emociones y con los desarrollos de las disciplinas de la subjetividad.” La noción de *recursividad* hace alusión al paradigma de la complejidad cuestionando los determinismos causa - efecto. Por último, la noción de *vincularidad reestructurante* que se refiere al otro como función auxiliar y como modelo de identificación permitiendo “reorganizaciones subjetivas en cualquier momento evolutivo” (Zukerfeld y otra 2005 p.57).

Este modelo teórico articula la metapsicología y clínica psicoanalítica con los avances de las neurociencias y las disciplinas de la subjetividad. Estrechamente con estas teorizaciones en relación a la tercera tópica, desarrollan el concepto de vulnerabilidad somática.

Se entiende la vulnerabilidad, desde un punto de vista psicoanalítico

Como el resultado de la cristalización de un modo de funcionamiento psíquico universal que consideramos propio del inconsciente escindido, es decir de lo irrepresentable, que sólo consiste de huellas activables pero no evocables producto de las vivencias traumáticas. Este funcionamiento coexiste con el organizado alrededor del conflicto y represión, que en las neurociencias está asociado a las memorias declarativas propias del circuito hipocampo-cortical. En cambio el funcionamiento escindido conviene entenderlo como de predominio de la memoria emocional implícita del circuito amigdalino-hipotalámico.

Y agregan, definiendo el término

Este predominio cuando alcanza cierta cristalización define lo que entendemos como vulnerabilidad cuya expresión clínica habitual es la precariedad de la vida fantasmática, una tendencia a la descarga y una carencia de recursos del Yo que incluye distorsiones cognitivas, dificultad en la elaboración de duelos y estilos de afrontamiento inadecuados.(Zukerfeld y otra 2005 p. 119).

La tendencia a la descarga puede ser por la vía del comportamiento y/o somático. Este conjunto de ideas, afirman los autores, depende de tres conjuntos de factores. En primer lugar se toman en cuenta los acontecimientos traumáticos en el transcurso de la vida del sujeto, ponderando la noción de trauma y su relación con la angustia automática. En segundo lugar, la calidad de vida alcanzada. Se toman en cuenta todas las variables que estudian las diferentes ciencias de la salud vinculadas a la vida del sujeto, enfatizando en la percepción subjetiva del bienestar de la persona. El tercer factor que se tiene en cuenta tiene que ver con “las características históricas y actuales de la red de vínculos

intersubjetivos con su valor de sostén e identificatorios de los ideales culturales dominantes” (Zukerfeld y otra 2005 p.119).

Estos elementos no deben entenderse como factores de riesgo según la medicina tradicional, sino como una *conjunción compleja y recursiva*. Cuando se presenta una enfermedad, se convierte en un suceso traumático con claras consecuencias en la calidad de vida y en la red vincular del sujeto. Los autores resaltan que la vulnerabilidad es una condición inespecífica, consistiendo más bien en un potencial que puede manifestarse o no en conjunto con otros factores, como los *biológicos*, (que integran lo congénito, genético y adquirido en el primer año de vida); los *ideales culturales dominantes* (según el psicoanálisis y ciencias sociales); y las *conductas saludables* (definido por la medicina contemporánea).

5.5 – Los límites de la analizabilidad

En párrafos anteriores se hizo mención a los límites que se presentan en el proceso psicoterapéutico cuando hay prevalencia de la pulsión de muerte, que por efectos de la desligazón, no permite relacionar representación y afecto, y cuyo destino que nos ocupa, es la somatización. Habida cuenta de que la clínica contemporánea está atravesada por dicho destino que cuestiona la cura tipo, basada en la asociación verbal, Green se cuestiona sobre los límites de la analizabilidad en la práctica contemporánea, buscando construir una nueva matriz disciplinaria contemporánea, denominada pensamiento clínico (Urribarri, 2012).

En el modelo freudiano se centra la teoría en el conflicto intrapsíquico, usando como técnica la asociación libre y la atención parejamente flotante, y su práctica gira en torno al análisis de las resistencias orientándose la cura a la disolución de la neurosis de transferencia, donde la contratransferencia se presenta como un obstáculo. Por su parte, el modelo greeniano tomando en cuenta la polaridad ligazón – desligazón y los límites de esta última con el modelo freudiano, centra la atención en lo intersubjetivo y enfatiza el rol del analista, dando mucha importancia a la transferencia.

El modelo contemporáneo propone una nueva síntesis o matriz disciplinaria. La teoría concibe al sujeto psíquico como proceso heterogéneo de representación que simboliza las relaciones en y entre lo intrapsíquico (centrado en la pulsión) y lo intersubjetivo (centrado en el objeto). Forma psicoanalítica del pensamiento complejo, la perspectiva metapsicológica contemporánea acentúa la heterogeneidad, la procesualidad y la poiesis o creatividad del psiquismo. En la clínica los casos límite devienen los nuevos cuadros paradigmáticos (Urribarri, 2012 p.161).

En el modelo contemporáneo propuesto por Green, el encuadre tiene un rol central, el cual se concibe como una función integrante del encuentro y del proceso. El encuadre como objeto tercero constituido por lo producido en la comunicación entre el paciente y el analista. Esto le da el aire transicional, entre la realidad social y la realidad psíquica, y será lo que conforma la matriz intersubjetiva simbolizante.

El encuadre es una herramienta fundamental que le permite al terapeuta evaluar la analizabilidad del paciente. La clínica contemporánea da cuenta de que con ciertos pacientes no es adecuado aplicar el encuadre psicoanalítico tradicional, por lo que se hace necesario realizar modificaciones al mismo. Nos dice Urribarri (2012) que en estos casos, adquiere singular importancia el encuadre psicoanalítico internalizado del terapeuta, producto de su propio análisis, alcanzando un estatus de encuadre virtual. El encuadre interno del analista, apoyado en la diversidad de la práctica clínica, por ende con encuadres flexibles, funciona como garantía del método.

La noción de “encuadre interno del analista” concebido como matriz objetalizante y representativa es la sede del pensamiento clínico. El trabajo psíquico del analista articula una serie de dimensiones y operaciones heterogéneas (escucha, figurabilidad, imaginación, elaboración de la contratransferencia, memoria preconsciente del proceso, historización, interpretación, construcción, etc.). Su funcionamiento óptimo es el de los “procesos terciarios”, procesos transicionales internos, sobre los cuales se fundan el pensamiento y la creatividad del analista. (p.163)

El pensamiento clínico en tanto complejización es un pensamiento terciario. En este pensamiento toma fuerza lo dialógico, el cual es valorizado y profundizado, dentro del abanico interpretativo que va desde el mutismo lacaniano a la interpretación kleiniana. En el curso del proceso terapéutico se espera que advenga una matriz intrapsíquica reflexiva que tomará valores de función objetalizante.

Urribarri (2012) agrega sobre encuadre

Es polisémico, conjugando diversas lógicas a las que la escucha debe estar abierta: de la unidad (del narcisismo), del par (madre-bebe), de lo transicional (de la ilusión y lo potencial), de lo triangular (de la estructura edípica). Concordando con esta polisemia del encuadre la posición del analista es también múltiple y variable: no puede ser ni predeterminada ni fija; ni como padre edípico ni como madre continente, etc. El analista debe jugar, tanto en el sentido teatral y musical como lúdico, en función de los escenarios desplegados en la singularidad del campo analítico. Puesto

que el inconsciente “habla en diferentes dialectos” el analista debe ser “políglota” (p 165).

Las variaciones del encuadre son posibles cuando estamos frente a pacientes no neuróticos, distinguiendo dentro del mismo una fracción constante y otra variable. La primera tiene que ver con la libre asociación del paciente y su correlato de escucha flotante y neutralidad benévola del analista, es decir la matriz dialógica constituida por la pareja analítica.

En los pacientes denominados fronterizos se dificulta crear espacios funcionales. Al respecto Green (2008) dice

Los pacientes fronterizos se caracterizan por el fracaso en crear subproductos funcionales del espacio potencial; en lugar de manifestar fenómenos transicionales, crean síntomas que desempeñan la función de fenómenos transicionales. Con esto no quiero decir que sean incapaces de crear objetos o fenómenos transicionales. Afirmarlo importaría descuidar el hecho de que muchos artistas son personalidades fronterizas. Sólo se puede sostener que, desde el punto de vista del aparato psíquico de estos individuos, los objetos o fenómenos transicionales no tienen, como en otras personas, valor funcional. (p. 115)

La técnica que propone Green (2008) para el tratamiento de las estructuras no neuróticas, donde incluye entre otras la patología somática, privilegia lo dialógico y la dimensión transicional. Podemos ver como adopta la posición de Winnicott, en cuanto a considerar el espacio analítico como un espacio potencial creador de espacios transicionales. Sobre este espacio, define el objeto del análisis como un objeto tercero, que se forma en el encuentro analítico, que toma las insignias de la transicionalidad. Los procesos terciarios de ligazón se producen en dicho espacio.

Capítulo 6 - Construcción del caso

La construcción del presente caso se basa en el primer tiempo (18 meses aproximadamente) del proceso psicoterapéutico de una paciente, a la que llamaré Silvia, de 45 años de edad, que vive con su esposo y sus dos hijos. Llega a la consulta derivada por el médico psiquiatra al que concurre desde hace varios años en una institución de salud pública.

Su aspecto es de una mujer acorde a su edad, cuidada, prolija. Ella se presenta como una persona que tiene una “depresión severa”⁸, por lo que está recibiendo un tratamiento farmacológico. También estuvo en tratamiento psicológico por dos años, siendo “dada de alta”. Se la ve muy seria y triste transmitiendo cierta desvitalización.

Un año antes de llegar a la consulta, comienza a sufrir fuertes dolores en el cuerpo, principalmente en sus extremidades. Desde entonces ha realizado muchas consultas a diferentes médicos, siendo diagnosticada de fibromialgia. Sostiene que “es una enfermedad de los músculos, de la que no se sabe prácticamente nada. Me han indicado antidepresivos porque se piensa que los mismos están dando un buen resultado para el alivio de los intensos dolores”. Siente mucho dolor en la espalda, las piernas, los brazos y en las manos. Observa que sus movimientos son muy lentos y que ejecutar cualquier actividad le requiere mucho esfuerzo.

Vivencia el despertar cada mañana con gran pesadumbre, sin ganas de hacer nada. Actualmente no trabaja pues fue despedida de su último empleo y no ha logrado reinsertarse en el ámbito laboral. La cotidianidad la abruma: las actividades en el medio familiar, las tareas del hogar, ocuparse de su cuidado e higiene le implican un gran esfuerzo “consumiendo” sus energías.

Cuando se le pregunta a que atribuye su malestar físico, Silvia no encuentra motivo, manifestando que “son cosas que pasan”. Ella siempre se sintió muy activa, con voluntad para realizar las diferentes actividades que tenía en su vida: iba a su trabajo, cuidaba a su madre, criaba a sus hijos, resolvía los problemas cotidianos.

Indagando sobre su depresión, ubica el primer episodio cuando su padre falleció (seis años atrás) luego de un proceso muy doloroso producto de una enfermedad terminal. “Yo estuve seis meses en un pozo muy grande, tuve anorexia y ni me bañaba”. Luego de un tratamiento farmacológico prolongado, Silvia logra reinsertarse en sus actividades. “Salí del pozo porque

⁸Palabras de la paciente, de ahora en más entrecomillado.

pensé en dos cosas: en mis hijos, que en ese momento tenían diez y cinco años, que me necesitaban como madre; y en mi madre enferma que necesitaba de mis cuidados.” Lo tanático encuentra un límite dando lugar al proceso objetualizante, invistiéndose en su función de madre e hija.

Frente a la muerte de la madre resurge la depresión y se va dando un proceso donde la simbolización de la pérdida parece no tener cabida. En torno a cómo ha vivido ese momento relata, “Todo lo que yo tenía era mi mamá. Mi papá me protegía que no me fuera a pasar nada. Yo nunca me desligué de ellos .Ahora estoy en una lucha continua, vuelve a amanecer y estoy en lo mismo, antes no era así, tenía proyectos”. Hay una resignación a la vida actual donde lo mortífero invade toda su vida no vislumbrando posibilidades que le permitan salir del estado en que se encuentra. “Un día estaba frente a un espejo y me parecía que no tenía corazón, *como te has endurecido*, me decía, *parece que tuviera una piedra*. Ellos hacían mi vida más fácil”.

6.1 – La heterogeneidad del inconsciente

La paciente relaciona el cuadro depresivo con la pérdida de sus objetos primarios, al que se le suma la pérdida de su trabajo. Con frecuencia manifestaba cuanto extrañaba a su padre evidenciando una angustia atemporal: “la pérdida de papá fue muy tremenda, tanto para mí como para ella. Él me decía que me quedara cerca de ella, yo era la vida de ella.”

Silvia puede narrar, asociar sobre los motivos que la llevaron a la depresión, primero la muerte de su padre, luego la de su madre, pérdidas que la dejaron desvalida, “desprotegida”, colocándola en un escenario que no puede tolerar, y donde su integridad se encuentra amenazada, pero no puede conectar nada de su historia con la emergencia de la fibromialgia. En su relato, el sufrimiento corporal surge sin contenido, sin conexiones posibles, quedando fuera de la cadena asociativa, como pensamiento en blanco. En lo discursivo, los dolores fibromiálgicos quedan pegados al nivel somático presentándose en el nivel psíquico la ausencia de conexiones, de representaciones, lo que nos permite leer la fibromialgia en esta paciente, como una irrupción de lo no representado, eso que no ha sido simbolizado e irrumpe en el soma, por efectos de una escisión del yo.

Ella no puede establecer una conexión entre los acontecimientos y su vivenciar, su afecto. A menudo cae en una narración “vacía” paralizante e inhabilitante, que se presenta como un obstáculo en la red asociativa y donde el proceso se estanca. En un mismo tono de voz, su

relato, paradójicamente, se hace muy pesado. Los acontecimientos vividos son contados a través de frases cortas, haciendo significativas pausas entre una y otra, a modo de titulares. ¿Cómo favorecer el proceso asociativo, donde la paciente formula una demanda de sostener un espacio terapéutico y al mismo tiempo no puede hacer conexiones? Una respuesta que obedezca a los efectos de la represión resulta insuficiente. La noción de un aparato psíquico que incluye más de un funcionamiento, el del inconsciente reprimido y el del inconsciente escindido, por tanto heterogéneo, nos aproxima a una vía de comprensión que permite continuar el camino.

La escisión entendida como uno de los mecanismos fundante del aparato psíquico⁹ y no sólo un mecanismo de defensa, en tanto en el proceso de separación, diferenciación entre el bebe y el objeto auxiliador, puede que algo sea excluido, segregado, quedando fuera de la cadena representacional como dimensiones pulsionales no ligadas. Cuando la realidad psíquica resulta intolerable, el síntoma somático puede presentarse como una descarga defensiva frente a lo insoportable, en tanto la escisión separa lo externo de lo interno, como también la psique del soma. La muerte de la madre actualiza lo insoportable y a través de los mecanismos de carga y descarga de la tensión, se activan las huellas activables que no pueden evocarse por efectos de vivencias traumáticas. Lo no representado solo tiene como destino la descarga, cuyo escenario, en el caso que nos ocupa, es el soma.

Cuando este modo de funcionamiento predomina y logra cierta cristalización, es un terreno que podemos calificar de vulnerabilidad somática¹⁰. Silvia pone en evidencia la gran dificultad en aceptar las nuevas condiciones que presenta su vida, como así también los modos inadecuados para afrontarla. Su nivel de pensamiento se presenta muy ligado a lo concreto y actual, con pocos recursos yoicos. El dolor generalizado, crónico, de la fibromialgia en la paciente, se puede traducir en sensaciones corporales que se manifiestan escindidas de la cadena representacional que alcanzan la descarga por la vía del soma.

El discurso de la paciente, pegado a lo actual y fáctico, nos interroga sobre los límites de la analizabilidad. Sesión tras sesión el tema de la fibromialgia está presente como trincheras difíciles de atravesar. Por un lado detalla los diferentes procedimientos y consultas que va realizando a diferentes especialistas de acuerdo marca el discurso médico junto a la insatisfacción y desesperanza que le genera exponerse a los mismos. Por otro, la queja por sus dolores. El dolor parece sobrevenir sufrimiento inútil perdiendo su función adaptativa como guardián de la vida psíquica. Le han indicado caminar, pero ella no siente ninguna motivación, no quiere caminar, no quiere “andar”.

⁹Capítulo Marco teórico pp 44-48.

¹⁰ Idem. pp 53-56.

En el plano contratransferencial se vivencia un marcado estancamiento en el funcionamiento del pensamiento, siendo necesario, siguiendo a Green (2008), *facilitar*, como terapeuta, el aparato psíquico e ir haciendo los nexos, las conexiones faltantes, en ese trabajo de *re-construcción* que implica el análisis. Lo intersubjetivo y lo dialógico adquieren un valor preponderante en pos de la procesualidad y la poiesis del psiquismo, en tanto creación. La creación es el proceso que permite, en presencia de un otro, ligar, investir lo nunca ligado, admitiendo que la descarga escindida pierda su carga traumática y adquiera una connotación de cualidad. Y este es el trabajo de la función objetalizante.

Transcurrieron muchos meses del proceso, para que en sus manifestaciones se vislumbrara que la asociación era posible. Por entonces, haciendo referencia a lo trabajado en el encuentro anterior, forjando “un esfuerzo muy grande”, en busca de darle un sentido a su dolor y a su vida, y en “la necesidad de encontrar una salida”, trae el recuerdo de la primera vez que tuvo que asistir a su madre. Teniendo ella siete años, la madre debió ser hospitalizada luego de sufrir un infarto cardíaco. “Yo iba a la escuela y volvía a cuidarla. Ella me decía *mi enfermera*”. Desde ese momento parece que la escolta el temor a perderla. Más adelante dirá “ese miedo me acompañó hasta lo último. Los últimos dos años la internaba muy seguido. Ella hacía crisis respiratorias que eran muy graves y yo la sacaba de las crisis”. Luego, sobre la muerte de su madre agrega: “Cuando la perdí, no lo esperaba, era como que iba a salir, como todas las veces. Por mucho tiempo no entraba en mi mente que era la ley de la vida.”

Ante la preocupación del peso de lo hereditario, sobreviene un recuerdo de la novela familiar. En algún momento se enteró que su madre había hecho una crisis depresiva ante la muerte de su propia madre, motivo que originó una internación donde “le hicieron choques eléctricos”. Este acontecimiento lo ubica antes de su nacimiento, pero recuerda que su madre siempre le decía que la muerte de la abuela la había llevado al “loquero”. Si bien Silvia se cuestiona sobre una repetición de la historia y se resiste fuertemente a la posibilidad de una internación manifestada por su médico tratante, este recuerdo está diciendo de algo más.

El relato de Silvia muchas veces da cuenta de una ligazón particular con la figura materna. “Yo tengo muchas cosas en la cabeza, son muchas cosas las que me vienen cercando. Cuando ella se fue, quedé huérfana.” Siente que perdió a su madre pero también todo vínculo con su familia de origen quedando desamparada. Siendo la menor de cinco hermanos, afirma que cada uno de ellos está en lo suyo, que no se pudo continuar esa unión que tenían en vida de su madre. “Después que faltó mamá yo me quise aferrar a ellos y ellos a la distancia. Era lo que quedaba a continuación de mamá. Me siento como un

pedacito de papá y mamá” Luego agregará: “un hermano se parece mucho a papá, nos hablamos pero a distancia. Desde que murió mamá los únicos de sangre son ellos. Estuve dos años llamándolos para vernos, yo necesitaba verlos, estar con ellos para no perder esa identidad... mi madre y mi padre. ...Para mí, mi madre era el único ser que más quise, era lo que yo más amaba.”

Silvia no puede procesar el duelo por la vía de lo simbólico, no puede investir otros objetos, otros vínculos, por el contrario desinveste, quedando absorbida por sus recuerdos y cronificando el dolor en la fibromialgia.

6.2 – Lo negativo, función desobjetizante

Silvia tuvo su primera depresión hace varios años, de la cual se recuperó y retomó sus actividades. Sin embargo ahora parece no tener nada que la conecte a la vida, nada la entusiasma expresando reiteradamente “me estoy apagando como una velita”. Su madre ha muerto y ella siente que pierde su identidad y su vida se hace insostenible. En su relato la figura de sus padres aparece siempre fuertemente idealizada, quedando como borrada su vida actual, su familia, sus amigos. Como madre no puede cumplir con los requerimientos que solicitan sus hijos, apareciendo un intenso registro que la interpela permanentemente, cuestionando sus responsabilidades ante la imposibilidad de conseguir un trabajo. Se vivencia desde un lugar muy desvalorizado, no pudiendo sintonizar con las manifestaciones de afecto y cuidado por parte de su familia. Alega que no la comprenden, que la “usan”, que no se dan cuenta que ella está mal. “Nadie se da cuenta como estoy, ellos dicen vos no tenés motivos para estar mal, tenés todo para ser feliz. Ellos están para lo de ellos solamente”.

La prevalencia de la pulsión tanática se hace innegable lo que lleva a pensar en la lógica de lo negativo: desligazón, función desobjetizante, narcisismo negativo. El narcisismo negativo promueve la no ligazón, el caos, oponiéndose a la elaboración del duelo, en tanto separación, diferenciación lo que dará origen a la libido de objeto y libido narcisista.

La función desobjetizante¹¹, se presenta como una amenaza al cuerpo físico, al psiquismo y también al alma. El objetivo de esta función es atacar el proceso objetizante, lo que vale

¹¹Capítulo Marco Teórico pp 49-53.

decir, que es el ataque a la creación continua de vínculos objetales que sustentan la realidad psíquica y enriquecen al yo, como proceso que impulsa a la vida. Parecería que nada del mundo interno y externo pudiera rescatar a Silvia de su pesado sufrimiento psíquico, unido a una fibromialgia que la va inhabilitando, que no le permite “caminar” para recuperarse. Se vivencia como vacía, sin proyectos, sin ganas de comenzar el día, sin energías, sin alegría. No tiene a sus padres, sus hijos han crecido y la relación con su marido es cada vez más distante, “somos compañeros de pieza, ni nos hablamos”. Esto permite hipotetizar que hay una débil impronta libidinal, y que ante la muerte de su madre revive las cualidades del vínculo primario. Los escasos recursos libidinales y simbólicos que aparecen en Silvia, no pueden ponerse en juego y sobreviene un empuje desobjetalizante que desinvieste, pero indirectamente la mantiene unida a su madre por un lazo identificatorio.

La metapsicología greeniana nos dice que la función desobjetalizante es concomitante a la imposibilidad de elaboración de la pérdida del objeto que implica la posibilidad de nuevas investiduras propias a la función objetalizante (Green 1984). En este punto nos encontramos en el camino ineludible de nuestra práctica clínica que nos lleva a pensar en las vicisitudes de la construcción del primer objeto, el vínculo con el primer objeto de amor, la relación con las figuras parentales. Esas vicisitudes que marcan, como impronta, la singularidad y particularidad de cada sujeto.

Retomaremos el recuerdo que trae Silvia (en ese esfuerzo por buscar una salida a su vida, a “recuperar su vida”) sobre su madre “hospitalizada en el loquero” tras la muerte de su abuela. En su discurso esta evocación apareció muchas veces siempre ligada al temor del peso de lo heredado genéticamente. Sin embargo, una escucha psicoanalítica nos advierte que algo del orden inconsciente encierra este recuerdo. En este sentido, surge como hipótesis que quizás la depresión de la madre, o sus efectos, continuaron después del nacimiento de Silvia marcando las características del vínculo. En el proceso no se pudo ir más allá de ese recuerdo de los siete años, pero parece importante plantear una detención en ese cruce.

Green (1999) en 1980, presenta el ensayo de la madre muerta, refiriéndose no al hecho real de la muerte de la madre, sino a la madre presente, viva, pero que está muerta psíquicamente, en tanto su psiquismo está puesto en otro lugar, en su dolor, en su sufrimiento, disminuyendo su interés por el hijo. A consecuencia de la desinversión de la madre pueden darse carencias importantes en la libidinización del infante, lo que puede generar una escisión del yo y una efracción propia al déficit en la función del holding.

El trauma que representa en el narcisismo puede constituir una “desilusión anticipada”, que lleva a una pérdida de sentido, pues el bebe no accede a una explicación de lo que ha acontecido, y en tanto se vive como el centro del universo materno, interpreta lo sucedido como efecto de sus pulsiones hacia el objeto materno (Green 1999).

El trauma entendido como una falla en los procesos de integración, falla que impide la articulación entre el afecto y lo representacional que hubiera accedido a la vivencia normal y metabolizable (Benyakar y Lezica, 2005).

Silvia teme la repetición de la historia y se opone terminantemente a una internación psiquiátrica. Pero ante la muerte real de su madre, hay una desinvertidura de sus relaciones objetales que toma características de masiva y radical, dando lugar a la expresión no sólo de la destructividad sino de una posible identificación a la madre. En esta línea de pensamiento, el trabajo del duelo lleva a cristalizar la “relación al muerto como muerto” y no a la simbolización de la ausencia (Singer, 2014).

Siendo aún una niña, comienza a cuidar a su madre donde se hace consciente la posibilidad de perderla, conectándose con la fragilidad de su madre. Desde entonces ella la cuidaba e intentó interesarla, conectarla con la alegría y la vida buscando reanimar a la *madre muerta*. En esta lógica, la madre se vuelve su hija. El sentido de su propia vida estaba en el cuidado de su madre, actualizándose por efectos del apres coup, “el ser que más quise era mi madre” (Green, 1999).

Junto a la investidura de la relación con el muerto – muerto, manifestada en el dolor psíquico como depresión surge además una somatización que la abrumba, la agobia. La fibromialgia en Silvia, aparece de manera repentina, aparentemente sin antecedentes de problemas articulares y/o reumatológicos con los que frecuentemente se asocian. La fuerte queja por sus dolores se puede pensar como manifestaciones somáticas cargadas de agresividad, invisibles para la paciente, en tanto no puede darle significado, no puede encontrar un nexo con lo afectivo, con su dolor, su aflicción. Con frecuencia, la fibromialgia quedaba sólo enmarcada en el ámbito médico, expresando que no era un tema para tratar en el espacio terapéutico, apareciendo la dicotomía entre lo psíquico y lo somático. Green (2008) conceptualiza que la escisión sobreviene entre lo externo y lo interno, y también entre psique y soma, de manera que el soma segregado puede aparecer en forma **intrusiva** en la esfera psíquica como síntomas somáticos. Por efecto del mismo mecanismo, los nexos no son posibles, ya sea porque han sido destruidos o han sido muy deteriorados, requiriendo del esfuerzo del terapeuta para lograr las conexiones necesarias para poder darle una significación.

Si mantenemos la hipótesis de la madre muerta que signó de una manera particular el vínculo con el objeto primario y una efracción en el narcisismo por carencias en la función de sostén, tanto la realidad psíquica como la realidad exterior se presentan amenazadoras para la paciente, no logrando investir nuevos objetos que den continuidad a su yo, promoviendo la función objetalizante en tanto pulsión de vida.

Que prevalezca la pulsión de muerte no implica irreversibilidad definitiva (Green 2014). El rol de la transferencia es fundamental para ir conectando aquello que quedó desintrincado y pueda ponerse en juego la función objetalizante. Por mucho tiempo el trabajo terapéutico estuvo orientado a fortalecer ese yo amenazado, deslibidinizado: era necesario narcisizarlo.

La dimensión dialógica adquirió un papel fundamental durante largo tiempo en el proceso. Aún en la prevalencia de lo negativo, había una brecha, una llama que continuaba prendida, y permitía que Silvia, a pesar de no caminar por sus intensos dolores, pudiera subir, no sin esfuerzos, las escaleras para asistir al encuentro.

Capítulo 7 – Conclusiones

Escribir este capítulo significa que se ha realizado un recorrido pero no tiene la intención de concluir en el sentido del término, sino por el contrario, dejar planteada la cuestión apuntando a la posibilidad de nuevos enlaces discursivos y a pensar desde otras perspectivas en torno a la etiología como a la comprensión y tratamiento de las enfermedades expresadas en el cuerpo como la fibromialgia.

En el recorrido mencionado se partió de las teorizaciones de Freud sobre la función del mecanismo conversivo en la génesis de la histeria concomitantemente con la integración psique-soma. En tal sentido se tuvieron en cuenta los nuevos contenidos aportados por el psicoanálisis a las nociones de cuerpo y dolor apartándose del significado que tiene para el campo biomédico¹².

Se consideraron los aportes de la Psicósomática de la escuela francesa, como los de la PNIE, disciplinas que abordan la problemática desde la integralidad del ser humano superando las dicotomías entre psique-soma y entre enfermedades psicósomáticas y no psicósomáticas.

Se analizaron las conceptualizaciones del doctor uruguayo Carlos Uboldi que entiende y recomienda que el especialista mejor preparado para el diagnóstico de la fibromialgia sea el reumatólogo con una visión integral del ser humano lo que redundará en un mejor pronóstico y tratamiento de la misma.

Los conocimientos científicos en el campo de la medicina, de la psicología y del psicoanálisis en las diferentes investigaciones problematizan el tema sobre la fibromialgia. Los criterios diagnósticos se van modificando, buscando llegar a un consenso donde se ha establecido cierta categorización desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta la personalidad de base.¹³ Esto significa que la valoración y el tratamiento de la fibromialgia no deben hacerse sólo desde el punto de vista biomédico, sino tener en cuenta las otras dimensiones del ser humano. Si bien es una condición necesaria entiendo que no es suficiente: **la perspectiva categorial necesita a su vez la escucha del sufrimiento singular.**

La mayoría de los trabajos de investigación se sustentan en el tratamiento, donde parece quedar cada vez más demostrada la necesidad de incluir dentro de la terapéutica el abordaje psicológico de los aspectos emocionales. Mientras que algunos ponen el énfasis

¹² Capítulo 1 pp 7-15.

¹³ Capítulo 2 pp 23-33.

en las consecuencias que genera el convivir con un dolor crónico, otros buscan, desde una escucha psicoanalítica, la simbolización del síntoma.

Lo enigmático continúa bordeando en torno a la etiología de la enfermedad. Sin embargo los diferentes autores que he citado, sostienen que los pacientes que padecen los dolores de la fibromialgia han sufrido estrés emocional, han vivido situaciones adversas en la niñez (principalmente abusos y victimización por parte de los adultos) como así también han estado sometidos a períodos prolongados de estrés.

La mirada psicoanalítica, desde la metapsicología como desde su articulación con la clínica, pone el énfasis en la importancia de la construcción del aparato psíquico, donde se va dando la integración psique-soma concomitantemente ligado a los vínculos tempranos. De las vicisitudes de esta etapa pueden darse conflictos psíquicos que pueden corresponder a la lógica de la represión, los cuales pueden llegar a ser simbolizados, o a la lógica de lo escindido.

En esta línea fue planteado este trabajo de tesis en el que articulé conceptos teóricos psicoanalíticos sobre el mecanismo de escisión desde la noción de Freud a Green que enfatiza sobre la universalidad del mismo y está a la base de lo no representado. Mediante este mecanismo, si el yo se siente amenazado en su integridad ya sea por exigencias internas y/o externas, la energía pulsional deviene descarga hacia el soma o hacia el acto. También se articuló la incidencia del duelo no elaborado, en tanto desinvertidura que da lugar a expresiones de la pulsión de muerte y la noción de vulnerabilidad somática de acuerdo al pensamiento de Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis.

Correlacionando el caso clínico con la escisión del yo, entiendo que este mecanismo ha jugado un papel destacado en la emergencia de la fibromialgia. En este sentido hay algo del orden de lo no representado, que queda fuera de la red asociativa como energía pulsional no ligada a lo representacional, lo que puede visualizarse en:

- La dificultad en establecer conexiones entre la irrupción de la enfermedad y su vivencia psíquica. Por un lado se da una separación entre el cuerpo y la psique, donde el alivio a su dolor físico lo buscaba sólo en el ámbito médico, constituyendo una queja que no puede abandonar, dejando para el espacio psicoterapéutico el dolor psíquico producido por la aflicción ante la muerte de su madre. Por otro, el estancamiento en la línea asociativa cuestiona los límites de la analizabilidad, en tanto el pensamiento se tornaba vacío, en blanco, obstaculizando la posibilidad de crear los nexos necesarios para lograr una simbolización. En este sentido, tomó

mucha fuerza lo dialógico como contenedor yoico y función objetalizante, posibilitando que advenga una acción transformadora.

- La presencia de un duelo no elaborado, donde se da una dialéctica particular entre investidura desinvestidura. Invierte un tipo de relación con la persona muerta que lleva la insignia de lo negativo, como actualización de una vivencia traumática desinvistiendo otras relaciones objetales. El trabajo de lo negativo no habilita la elaboración del duelo como simbolización de la ausencia, sino por el contrario, la presentifica.
- La predominancia de un funcionamiento psíquico que sigue la lógica del inconsciente escindido, donde la paciente no puede investir las relaciones objetales ligadas a las pulsiones de vida y a la función objetalizante. Como consecuencia se va desvitalizando al mismo tiempo que desvaloriza su vida: la conexión a la vida es por vía de lo mortífero.
- La expresión de la pulsión de muerte, que mediante la función desobjetalizante, en tanto desligazón deja por fuera de la vía representacional la energía no ligada, que irrumpe en la esfera somática, como fibromialgia.
- La vulnerabilidad somática que puede ser leída en el entendido de que esta forma de funcionamiento psíquico ha alcanzado cierta predominancia y cristalización en donde el psiquismo no puede tramitar por la vía simbólica las nuevas condiciones que lo fáctico impone.

Si bien las preguntas guías de la investigación tal cual fueron presentadas en el “Planteamiento del Problema”, no apuntan a las respuestas sino a la posibilidad de pensar desde otras perspectivas, el componente psíquico parece guardar una estrecha relación en la etiología de la fibromialgia.

En coincidencia con Green (2010), entiendo que siempre queda una distancia, un resto, donde la teoría nunca coincidirá totalmente con la clínica ni podrá abarcar toda la amplitud de su campo; la clínica siempre producirá un resto de teoría. Y esta es una brecha que debemos tener presente en nuestro trabajo clínico.

Se plantea en el caso un debilitamiento de los recursos simbólicos, que se relacionan con la historia de vida hipotetizando sobre un vínculo particular con la madre que pone en jaque la libidinización del yo, la cual se reactualiza en los duelos. El déficit en los vínculos tempranos, la vivencia de desamparo, la dificultad en la elaboración de duelos y el deterioro en su

calidad de vida se pueden describir como indicadores de vulnerabilidad somática, que contribuyen fuertemente en la emergencia de la enfermedad.

A nivel de la cura, el debilitamiento de los recursos simbólicos propició un camino muy dificultoso pero no imposible de transitar.

Esto se vincula con la creación, con la poiesis, es decir con la posibilidad transformadora que permite que lo no representable, mediante la palabra y la simbolización, pueda advenir un relato con otro. En este sentido, entiendo que el psicoanálisis contemporáneo tiene un cuerpo teórico y un método con el que puede abordarse el sufrimiento de la fibromialgia, en tanto síntoma, desde el alojamiento de la singularidad. El psicoanálisis desde su comienzo busca ampliar la toma de conciencia del sujeto en relación a su modo de funcionamiento, a la naturaleza de sus conflictos vinculados a su historia de vida, como también la relación con su palabra y la escucha del otro. También estimo que debe estar abierto a los nuevos conocimientos que provienen de otras disciplinas que abordan la cuestión ampliando la mirada para tratar de comprender el actual malestar en la cultura que permanentemente interroga.

Referencias bibliográficas

- Azaretto, C. (2007). *Diferentes usos del material clínico en la investigación en Psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.kennedy.edu.ar/DocsEsc81/Material%20Bibliogr%C3%A1fico/Diferentes%20usos%20del%20material%20cl%C3%Adnico%20en%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20psicoan%C3%A1lisis.pdf>
- Belenguer, R., Ramos-Casals, M., Siso, A. y Rivera, J. (2009). Clasificación de la fibromialgia. Revisión sistemática de la literatura. *Reumatología Clínica*, 5(2), 55-62. doi: 10.1016/j.reuma.2008.07.001
- Benyakar, M. y Lezica, A (2005) *Lo traumático. Clínica y paradoja. Tomo 1*. Buenos Aires: Biblos
- Castellanos, S. (2012). *Psicoanálisis aplicado a la terapéutica: una experiencia de tratamiento de la fibromialgia*. Recuperado de <http://nucep.com/publicaciones/psicoanalisis-aplicado-a-la-terapeuticauna-experiencia-de-tratamiento-de-la-fibromialgia/#.VIT0c9IvfMU>
- de Felipe García-Bardón, V. (2012). *Psicoterapia grupal operativa de orientación psicoanalítica en fibromialgia: evaluación y factores relacionados* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/16479/>
- de Felipe García-Bardón, V., Castel-Bernal B. y Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatología Clínica*, 2(1), 38-43. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12941/evidencia_cientifica.pdf
- Déo da Silva, T. y Rumin, C. (2012). A Fibromialgia e a Manifestação de Sofrimento Psíquico. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 12 (3-4), 767-792.
- Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós/iberica.
- Dubourdieu, M. (2008). *Psicoterapia Integrativa PNIE Psiconeuroinmunoendocrinología. Integración cuerpo-mente-entorno*. Montevideo: Psicolibros-Waslala.
- Facultad de Psicología (Uruguay). Instituto de Psicología Clínica (2012). *Eje Trans-Programático de Prácticas Clínicas*. (Documento basado en idea original y desarrollos teóricos de la Dra. F. Singer). Montevideo: Facultad de Psicología, UdelaR.
- Freud, S (1979). Introducción al narcisismo. En Freud, S. *Obras completas*. (vol. 14 pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1979). Pulsiones y destino de pulsiones. En Freud, S. *Obras completas* (vol.14 pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915)
- Freud, S. (1981). Historiales Clínicos. En Freud, S. *Obras Completas* (vol. 1 pp. 55-138). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895).

- Freud, S. (1981). Proyecto de una Psicología para Neurólogos - La vivencia del dolor. En Freud, S., *Obras Completas* (vol. 1, pp. 220-221). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1895).
- Freud, S. (1981). Análisis Fragmentario de una Histeria. En Freud. *Obras Completas* (vol. 1, pp. 933-996). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1901 [1925]).
- Freud, S. (1981). Esquema de Psicoanálisis. En Freud, S. *Obras Completas* (vol.3, pp. 2729-2741). Madrid: Biblioteca Nueva. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1986). Escisión del yo. En Freud, S. *Obras completas*. (vol. 23. pp. 273-278). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1938).
- González Rey, F. (2000). *Investigación Cualitativa en Psicología*. México: Thomson.
- Green, A. (1984). Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante. En Green, A., Ikoren, P. y Laplanche, J. *La pulsión de Muerte*. (pp.65-78). Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1999). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2008). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (2014). *¿Por qué las pulsiones de destrucción o de muerte?* Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrero, R., Castilla, D. y Vizcaíno, Y. (2013). Avances en el tratamiento psicológico de la fibromialgia: El uso de la realidad virtual para la inducción de emociones positivas y la promoción de la activación comportamental. Un estudio piloto. *Revista argentina de Clínica Psicológica*, 22, 111-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281931436003.pdf>
- Hounie, A (2012). *Construcción del saber en clínica psicoanalítica: la escritura del caso como modo de trasmisión*. Conferencia Inaugural de las Actividades Académicas 2012. Facultad de Psicología, Udelar.
- Jeammet, Ph., Reynaud, M. & Consoli, S. (1993). *Psicología Médica*. Barcelona: Masson.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lopes Besset, V., Gaspard, J. y Doucet, C.(2010). Um nome para a dor: fibromyalgia. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 10(4), 1-10. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Mannoni, O. (s/f). *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Martínez Farrero, P. (2010). Fibromialgia: Una nueva enfermedad o una antigua conocida. *Informaciones Psiquiátricas*, Primer trimestre,(199). Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2010/01_199_03.htm

- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nasio, J. D. (2007). *El dolor físico*. Buenos Aires: Gedisa.
- Nasio, J. D. (2008). *Los más famosos casos de psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Nasio, J. D. (2008). *Mi cuerpo y sus imágenes*. Buenos Aires: Paidós.
- Ramos García, J. (2004). Fibromialgia: ¿La histeria en el capitalismo de ficción? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 115-128.
- Rangel, R. (2010). Sobre la función del caso clínico en la transmisión del psicoanálisis. *Revista de Educación y Desarrollo*, (12), 69-95. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/12/012_Rangel.pdf
- Rodríguez Nebot, J. (2006). Las medicinas, las psicologías y el cuerpo doliente. Un enfoque psicoanalítico. En Rafael Bayce...[et. al.]. *Las otras medicinas*. (pp.47-61). Montevideo: Goethe-Institut.
- Russo, A. (2009). La escisión "alma cuerpo" en perspectiva histórica. En Equipo docente de Introducción a las teorías psicológicas corrientes teórico técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp 39-55.) Montevideo: Psicolibros-Waslala
- Sociedad Uruguaya. (2011). *Asociación Uruguaya de Fibromialgia*. Recuperado de <http://www.sociedaduruguaya.org>.
- Simonetti, A. (2007). Entre el síndrome y el trastorno, el síntoma. *Freudiana*, 51, 15-120. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2538876>
- Singer, F. (2014). Duelo y trabajo de objetualización. En *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, 8(4), 14-125.
- Stake, R. (2010). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tenorio, M. C. (1988). Consideraciones en torno a la construcción del caso clínico en psicoanálisis. *Cuadernos de psicología*, 9(1), 68-85.
- Uboldi, C. (2012). *Fibromialgia. Dolor de Mujer*. Montevideo: Artemisa.
- Urribarrí, F. (2012). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista uruguaya de Psicoanálisis*, (114), 154-173.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. División General de Salud, División Epidemiología (2006). *1^{er} Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. Recuperado de http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1er_enfrecnt_2006_1.pdf
- Vidal Neyra, L. y Reyes Llerena, G. (2006). Fibromialgia: Una entidad que debemos tener presente en la práctica clínica. *Revista Cubanade reumatología*. 8 (9-10), 8-22. Recuperado de <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/89/108>

Winnicott, D. W. (1993). La teoría de la Relación entre progenitores-infante. En D. W. Winnicott. *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional* (pp 47-72). Buenos Aires: Paidós

Zukerfeld, R. y ZonisZukerfeld, R. (1999). *Psicoanálisis Tercera tópica y Vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar.

Zukerfeld, R. y ZonisZukerfeld, R. (2005). *Procesos Terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*. Buenos Aires: Lugar.