**Fibromialgia**

**Texto para congreso Winnicott 2014 - Lima**

Dolor psíquico

Y su trasposición al soma

La fibromialgia es una patología que ha ido ganando terreno como diagnóstico médico, dentro de la especialidad reumatológica; sin embargo, no cabe duda de la participación de mecanismos psíquicos ya sea en su gestación y mantención, en su agravamiento o mejoría. Hay discusión aún si en ella se trata de mecanismos conversivos o psicosomáticos propiamente. De hecho estos dos términos no son tan fáciles de distinguir cuando estudiamos patologías concretas como la mencionada. Los mecanismos involucrados en la conversión fueron descritos acuciosamente por Freud y poco ha cambiado nuestra concepción de ellos desde entonces; la psicosomática en cambio, sigue siendo un terreno menos delimitado. Winnicott aportó a esta discusión con sus concepciones sobre el psiquesoma que me propongo poner en juego a propósito de esta patología. Apoyándome en el vacío que existe en la medicina sobre la etiología de esta enfermedad (más adelante la describiré), propongo una lectura de ella, no en busca directamente de una etiología psíquica, a cambio de la médica, sino investigar qué de lo psíquico está invertido e invistiendo este enfermar. Y de cómo es posible que coexistan en una misma persona, una misma estructura, podríamos decir, fenómenos que responden tanto a la descripción de la conversión como a lo psicosomático.

Para que tengamos alguna claridad respecto de lo que quiero plantearles parto por definir estos conceptos que hacen de límite. Así llamamos conversivo a la trasposición de un conflicto psíquico y la tentativa de resolución del mismo, en síntomas somáticos motores o sensitivos. La libido desligada de la representación reprimida se transforma en inervación somática. En estos síntomas somáticos hablan las representaciones reprimidas, deformadas por condensación y desplazamiento.

La definición de lo psicosomático se hace mucho más compleja dado que los autores no están totalmente de acuerdo fundamentalmente en la cualidad del vínculo que habría entre los procesos psíquicos y el efecto en el cuerpo. Nótese que ya estoy proponiendo un vínculo causal, y es que necesariamente cuando hablamos de psicosomático estamos proponiendo una relación vinculante y recíproca. El diagnóstico de una alteración de la salud como psicosomática se hace generalmente desde el descarte: no hay causa viral, no es bacteriana, no se encuentra malformación, etc. Pero la enfermedad está: se comprueba un asma, una alergia, un lupus, una úlcera, etc. Entonces lo que provoca el mal funcionamiento debe ser de otra índole. Mucho se adjudica a la herencia; pero aun cuando una úlcera tiene etiología bacteriana, nos podemos preguntar, ¿cómo es que esas bacterias se alojaron ahí, que pasó con las defensas de ese organismo? De modo que lo psicosomático se puede considerar desde todo lo que le pasa a un cuerpo, soma, humano, estaría de alguna manera en relación con su devenir psíquico. O delimitando, sólo aquello que tiene una lesión comprobable y que no es clara la simbolización de esta lesión con un conflicto psíquico.

Francoise Dolto hace una simple diferenciación y resuelve el problema de una vez: “En el caso de lo psicosomático, de lo que se trata es de los efectos de una lucha inconsciente (a descifrar) entre las instancias psíquicas, que se hayan en contradicción en el propio interior del individuo; mientras que la histeria, (o la conversión), es una lucha imaginaria entre un individuo y otro, del que desea o teme inconscientemente una satisfacción en una realidad que no sabe dominar de otra manera” (Dolto, 2007). Esta diferenciación no se detiene en el tipo de síntoma o fenómeno, sino en su causa dinámica. Se trataría de un conflicto interno entre instancias psíquicas, o de un llamado al otro. Desde esta perspectiva el síntoma conversivo entonces, incluye al otro e implica a la relación con éste.

Winnicott por su parte, pone el énfasis en “la disociación del paciente, que como defensa organizada mantiene separada la disfunción somática del conflicto psíquico” (Winnicott, 1991, p.134) y distingue el auténtico caso psicosomático, del compromiso funcional en los procesos emocionales y conflictos psíquicos; por ejemplo, la taquicardia frente a una situación que provoque miedo. Para él, una misma forma patológica puede responder a uno u otro caso. El rol del analista en estos casos, es llevar a la mente lo que está en el cuerpo y convertirlo en una “enfermedad” mental. Así disolver la disociación psique soma que el paciente utiliza a modo de defensa y sostiene con fuerza y analizar el contenido psíquico. Sin embargo, Winnicott confiesa que por largo tiempo le intrigaron los fracasos para clasificar los trastornos psicosomáticos y organizar una teoría unificada. La tendencia heredada de cada uno sería alcanzar la unidad psique y soma, esto es el *self*: el yo psiquico se basa en un yo corporal.

“La escisión entre psique y soma es un fenómeno retrogresivo que recurre a residuos arcaicos para establecer una organización defensiva. En contraste con ello, la tendencia a la integración psicosomática forma parte de un movimiento progresivo en el proceso de desarrollo.” (Winnicott, D. Exploraciones psicoanalíticas I, 1991. P. 141)

Desde esta perspectiva la integración psicosomática sería un logro del desarrollo, por tanto si las condiciones no son favorables y el desarrollo sufre vicisitudes, entonces se mantendrá la disociación psique soma y el cuerpo estaría disponible para enfermar. El supuesto entonces es que lo psíquico sostiene la salud corporal, cuando se encuentran unidos. O más bien el estado de integración entre psique y soma permite y facilita la salud de uno y otro. Sin embargo, asalta aquí algo que parece contener una contradicción: ¿es debido a la disociación que el cuerpo asume las alteraciones psíquicas y las condensa en una enfermedad? El problema que me asalta es que en la enfermedad parece haber una conexión entre psique y soma, donde este último toma la alteración psíquica y la corporaliza. O es esto exactamente el lugar que permite distinguir los fenómenos psicososmáticos de los conversivos. Me explico, lo psicosomático sería el fenómeno que da cuenta de la desintegración, regresiva además como lo plantea Winnicott, donde el cuerpo se enferma, es decir pierde conexión con un funcionamiento unitario, pero sin que esto esté ligado a la particularidad del conflicto psíquico. A diferencia de el síntoma conversivo, dónde se mantiene probablemente una mayor integración psicosomática y el cuerpo expresa de manera organizada una alteración psíquica. En este caso el cuerpo está siendo vía de expresión, como un acto, como un dicho.

Comenzaré por describir el caso que nos va a servir para pensar y discutir estas cuestiones:

El caso

 Se trata de una mujer joven, a quien llamaré M, en quien convergen múltiples dolencias corporales de diferente índole y que han sido agrupadas en su mayoría con el diagnóstico de fibromialgia dado a sus 16 años. Si bien las dolencias vienen desde pequeña, el diagnóstico llegó como un alivio que organizaba sus malestares y resolvía su responsabilidad: ahora “tiene” una enfermedad”, no es su culpa.

Las visitas a médicos son muy frecuentes desde que era niña y las investigaciones, a veces fallidas, por parte de los médicos por las causas de sus dolores la llevaron a interesarse ella misma por investigar y estudiar bastante a fondo diagnósticos y nomenclatura médica. Si bien no estudió medicina y reconoce su gusto por las ciencias, puede discutir perfectamente con el mismo lenguaje que su médico, alguna indicación. Esto le causa visiblemente mucha satisfacción.

Su padre quiso estudiar medicina, pero no pudo y tuvo que estudiar otra carrera. Pero una tía muy cercana y querida es pediatra y era a quien la madre consultaba cuando había algún problema de salud con uno de sus hijos. M las desafió desde el comienzo, a los 6 meses de edad comenzó con una tos irritativa que no paró hasta su pubertad. Luego vinieron dolores de estómago y cabeza, que ella describe como permanentes en su infancia y que aún tras mucha investigación no se les pudo encontrar causa. A los 9 años se le encontró un tumor en una rodilla, en una segunda operación luego de una primera fallida. Por mucho tiempo sufrió dolores en esta rodilla y le habían dicho que tendría que acostumbrarse a sufrirlos de por vida. Lo que vivió casi como una afrenta personal y una importante desilusión que recaía principalmente sobre sus padres, incapaces de dar solución a sus dolores.

Sus padres la describen, sin embargo como una niña muy alegre e inteligente que trajo alivio y alegría a la familia con su nacimiento. Es la tercera luego de un hermano que mostró tener serios problemas de desarrollo del lenguaje principalmente, y que más tarde fue diagnosticado con Asperger. Este fue un niño muy difícil de criar y que dio mucho trabajo a la madre.

En la actualidad M consulta a su reumatóloga por la fibromialgia, esta implica dolores en los pies, las rodillas, los hombros, el cuello, la garganta, las manos, los codos y los brazos, fatiga al despertar en las mañanas, también dolor de cabeza frecuente y a veces se suma la cara, y lentitud para recuperarse de las lesiones. Consulta a un psiquiatra por depresión y ansiedad; a dermatólogo por las alergias a la piel y en ocasiones, a las mucosas; a una nutricionista por problemas de peso; dos o tres traumatólogos por una lesión en la cadera como efecto de una caída; ginecólogo, para control de quistes y fibrosis en las mamas; a mí por psicoterapia y a un amigo psiquiatra a quien consulta por cualquier cosa que requiera de una opinión por si consultar o no a algún especialista.

Como vemos, y tal como lo describe Winnicott con sus casos psicosomáticos, también hay una “dispersión de agentes responsables” como corolario de una desintegración activa de la personalidad (Winnicott, 1991 p.137). En este caso en particular, hay una especial dispersión de su cuerpo en partes delimitadas por las especialidades médicas (traumatólogos, ginecólogos, psiquiatra, nutricionista, especialista en gargante, etc.) Con cada uno la transferencia es distinta. Hay algunos que han fallado en sus diagnósticos o en los tratamientos, pero ella los cataloga desde el primer encuentro. Es sumamente fina para apreciar la confianza que demuestran en lo que dicen y lo acertado de sus diagnósticos; la capacidad empática para escuchar su angustia y darle espacio a ella para expresarse, el tiempo que le dedican. Hay algunos, con los que permanece más tiempo que son capaces de reconocer y comprender lo que a ella le pasa y con ellos se queda más tiempo. Podemos muy bien pensar cómo los médicos con sus especialidades toman los lugares de sus objetos internos, manteniendo corporalizada la disociación en su personalidad.

En el colegio sufrió de boulling por todas las enfermedades, lesiones, yesos y diversos impedimentos y no se llevó bien con sus compañeros, haciendo muy pocos amigos. Sólo de adulta ha podido hacer amistades y las disfruta y aprecia mucho. Era una niña inteligente y despierta, con un lenguaje bien desarrollado desde muy pequeña y que al parecer desafiaba muchas veces con sus conocimientos incluso a los profesores. Su padre le enseñó el hábito de la lectura, que mantiene hasta ahora, gracias al cual despliega conocimientos en variedad de áreas. Además un tema común de discusión entre él y ella era la crítica literaria que los llevaba a tener largas discusiones. Era un tema en el que el padre la autorizaba, ya que por lo general, era para ella un hombre violento, que se enojaba mucho por causas poco justificadas, que tendía a estar siempre buscando culpables de todo y que siempre tenía la razón, sea cual fuera el asunto. Lo describe como narcisista, intolerante especialmente hacia la ignorancia y egocéntrico.

Es claro que estoy enfocando el caso en torno a las temáticas de manejo del lenguaje y el conocimiento, por un lado y la medicina por otro. Al abordar cualquier caso no podemos ignorar que las temáticas son múltiples y a la hora de exponerlo claramente destacaremos unas sobre otras, o describiremos el caso en torno a lo que queremos trabajar. Pero es esta una temática bastante central en este caso que se manifiesta en la transferencia obviamente también. Casi todas las sesiones ella me hace la pregunta: ¿tú sabes……? Para luego alargarse en la demostración de sus conocimientos sobre algún tema. Un día me contaba acerca de su dolor en las manos por la sequedad de la piel producida por su alergia a los detergentes (eso me había olvidado de sus alergias…) y su insensibilidad al calor, también en las manos, que la llevaba muchas veces a hacerse quemaduras. Entonces me pregunta si yo conozco la distribución de los receptores nerviosos en la piel. Yo le respondo que no. Pero también la confronto con su necesidad frecuente de hacer tal pregunta. Esto abre varios temas, pero me responde que cree que yo siempre respondo que “no” sólo para hacerla hablar a ella, y saber qué va a decir al respecto, no porque yo no sepa. Claramente estoy en el lugar del SsS, y como con su padre, con sus pares, con los médicos y profesores, su placer está en demostrar sus conocimientos. Ella no es una “ignorante” tan despreciados por su padre.

Dejaré por el momento el caso hasta aquí para volver sobre él luego de algunas digresiones que me parecen necesarias, como es la descripción del diagnóstico de fibromialgia (también para mostrarles que yo no soy esa ignorante que en el fondo quiere creer que soy):

Sobre fibromialgia

La fibromialgia es un cuadro relativamente joven, sus criterios diagnósticos se definieron recién en 1990 por el American College of reumatology, pero en la década de los 40 ya había dos conceptos que pueden asociarsele: el síndrome doloroso miofacial y el reumatismo psicógeno. También Freud (1895-1894) lo incluye dentro de la sintomatología de la neurosis de angustia como “una suerte de conversión a sensaciones corporales que de ordinario podrían pasar inadvertidas; por ejemplo, una conversión a los músculos reumáticos” (Freud, 1895, p. 99), o simplemente como un acrecentamiento de la sensibilidad a los dolores que puede acompañar un ataque de angustia, subrogarlo o tomar una forma crónica donde la angustia se hace menos reconocible.

Para la OMS se trata de una enfermedad crónica caracterizada por dolor músculo-esquelético generalizado y una reducción del umbral del dolor, con aumento de sensibilidad dolorosa a la presión en determinados puntos del cuerpo. Este dolor se localiza sobre todo en zonas musculares, sin que exista un daño aparente, y el paciente presenta gran sensibilidad a cualquier contacto físico o cambio de temperatura. Dentro de las teorías actuales sobre la patogénesis de esta enfermedad se encuentran las alteraciones de la arquitectura del sueño (sueño fragmentado y disminución de las fases profundas no REM), alteraciones del funcionamiento del sistema nerviosos autónomo y fenómenos de procesamiento anormal del dolor. Estos desajustes hacen que el paciente experimente un gran dolor en los tejidos, sin que exista un daño aparente o disfunción en ellos, originando una “amplificación” de las señales normales de dolor. Esta amplificación actúa a modo de volumen, cuyo control estuviese fijo en un punto muy alto en los nervios del cuerpo. De esta forma, los estímulos que no causarían dolor en la mayoría de las personas, provocan dolor en las que tienen fibromialgia. (Arthitis fundation. En consecuencia, este padecimiento es así considerado, en un modelo integral, como una enfermedad del sistema psico-neuro-inmuno-endocrino. (Dr. Juan Carlos Barriera, 2005)

Se le suelen asociar además otros problemas de salud como la mala calidad del sueño, la rigidez matutina, el cansancio, [depresión](http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/depresion) y [ansiedad](http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/ansiedad), cefalea, el hábito intestinal irregular, dolor abdominal difuso, los calambres musculares y la sensación subjetiva de hinchazón.

Bien, de todos estos datos, no debemos olvidar (y dejaremos suspendido para un poco más adelante) que: Freud lo considera como parte de la sintomatología de la neurosis de angustia, como una conversión somática de la angustia y que con toda la investigación médica actual, no se tiene claridad de sus causas, siendo estas vagas aún.

Winnicott

“La base de la psique es el soma, y en la evolución este vino primero; la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, siendo su misión más importante la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado con el percatamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro. Así cobra existencia el self.” (Winnicott, 1988, p. 39)

“El cuerpo de un niño puede soportar grandes tensiones, pero exactamente estas mismas tensiones, si continúan en la vida adulta, pueden desembocar a la postre en estados físicos irreversibles (…) En sus etapas posteriores estos cambios físicos irreversibles, iniciados por un conflicto en la psique, necesitan ser tratados por el médico, el cirujano o el endocrinólogo.” (Winnicott, 1988 pp. 46-47)

“En toda esta labor, el estudiante del psique-soma se ocupa de la fantasía consciente e inconsciente que es, por decirlo así la histología de la psique, la elaboración imaginativa de todo el funcionamiento somático específico del individuo.” (Winnicott, 1988, p.50)

En estas citas de Winnicott se hace presente la forma en que la psique se plasma en el soma. Esto ocurre a través de la fantasía, de la elaboración de la psique misma de lo que ocurre al cuerpo, podríamos decir, y de la trasposición de lo que ocurre a nivel psíquico en el cuerpo. Me parece importante hacer el énfasis en lo que a fantasía se refiere, puesto que leído de cierta manera podemos pensar que aquello que se plasma en el soma-cuerpo, está relacionado estrechamente con la fantasía y lo que ocurre en el cuerpo es a su vez fantasmatizado por la psique. El cuerpo y su funcionamiento por tanto dificilmente escapa a la fantasía y ésta a su vez no puede sino ser expresión traspasada al lenguaje de las experiencias y deseos de quien los crea. Así es como se hace patente la forma en que psique y soma se relacionan, siendo dos aspectos distintos de un mismo individuo pero en interacción recíproca.