

Treball Final de Grau en Psicologia

Són els símptomes de la fibromiàlgia la histèria del Segle XXI?

Òscar Solsona Meseguer

Director: *Ivàn Sànchez Moreno*

Professor Responsable de l'Assignatura: *Beni Gómez Zúñiga*

Juny, 2015

Resum

La simptomatologia histèrica ha estat central en el desenvolupament teòric del psicoanàlisi Freudià. Però realment, han estat molts els professionals interessants amb l'estudi d'aquesta patologia. Paul Briquet, Jean Marie Charcot, Pierre Janet i Joseph Breuer estudiaren i van donar entitat etiològica a aquest trastorn abans que Sigmund Freud. No obstant, és també Jacques Lacan amb posterioritat, el que aprofundeix i reelabora tot l'entramat teòric que havien formulat els seus col·legues anteriorment, donant-li un nou estament teòric i patològic en ple segle XX.

Avui en dia la fibromiàlgia, és una de les malalties nervioses amb un índex de comorbilitat i cronicitat més alt. La seva peculiaritat simptomatològica ens remet a dolors fisiològics distribuïts anatòmicament per diferents parts del cos. Entenem per tant, que la simptomatologia o quadre clínic d'aquests dos trastorns podrien estar relacionats i inclús, compartir més semblances de les que aparentment es podria pensar. Per tant, ens centrarem en l'estudi de dos casos per a resoldre aquests dubtes i confirmar o desmentir, si realment la fibromiàlgia té símptomes histèrics.

Paraules clau

Histèria, fibromiàlgia, simptomatologia, estudi de cas, Freud, Lacan.

Abstrat

The hysterical symptomatology has been one of the main points in the Freudian Psychoanalysis. In fact, many professionals have been interested into the study of this pathology. Paul Briquet, Pierre Janet, Jean Marie Charcot and Joseph Breuer studied and gave etiologic entity to this disorder before Sigmund Freud. However, the person that goes deeper and transforms this theory is Jacques Lacan after his colleagues, giving a new theory in the twenty century.

Nowadays, Fibromialgia is one of the nervous diseases with the highest comorbidity and chronic index. The peculiarity of this symptomatology is because physiological pain goes to different parts of the body. The symptomatology of these diseases could have relation between them and even, sharing many similar symptoms. Therefore, we will focus on studying two cases to resolve these questions and we will be able to see if fibromialgia has hysterical symptoms.

Keywords

Hysteria, fibromyalgia, symptomatology, case study, Freud, Lacan.

ÍNDEX

1. Introducció	1
1.1. Presentació del tema.....	2
1.2. Justificació del tema.....	3
1.3. Objectius.....	4
1.3.1. Objectiu General	4
1.3.2. Objectius Específics	4
2. La histèria	5
2.1. Introducció històrica: Els primers estudis sobre la histèria.....	5
2.2. Teoria psicoanalítica sobre la histèria: Una perspectiva "clàssica"	8
2.3. Teoria psicoanalítica sobre la histèria: Una perspectiva "moderna"	12
3. Fibromiàlgia	16
3.1. Definició clínica.....	17
3.2. Diagnòstic i pronòstic de la Fibromiàlgia	18
3.3. Nosologia comparada	21
3.4. Etiologia comparada	23
4. Estudi de dos casos: Histèria o Fibromiàlgia?	27
4.1. Siri Hustvedt: La dona que tremola.....	27
4.1.1. Fragments d'una auto-anamnesi.....	29
4.1.2. Arguments per un auto-diagnòstic	35
4.2. Elisabeth von R.: La dona "fatigada"	36
4.2.1. Historial clínic	36
4.3. Comparació entre els dos casos descrits: Histèria vs. Fibromiàlgia.....	39

5. Conclusió	41
5.1. Una invitació al <i>sentir</i> del pacient	42
5.2. Prospectiva	43
6. Bibliografia	45

ÍNDIX D'IL·LUSTRACIONS

Figura 1: Distribució dels punts de sensibilitat corporal en la fibromiàlgia.....	19
Taula 1: Criteris clínic-diagnòstics de la fibromiàlgia.....	19

1. INTRODUCCIÓ

La salut ha estat des de fa molts anys una preocupació central per a totes les persones i comunitats d'éssers humans. El desenvolupament d'alguna malaltia sempre va seguit de mesures per a fer-hi front al patiment, per a rehabilitar la situació saludable anterior. Des de la medicina, la malaltia és fruit d'un desordre orgànic-funcional que ha de ser tractat amb fàrmacs o mesures expeditives com la intervenció quirúrgica per a què l'òrgan o funció alterada, pugui tornar progressivament a la situació de normalitat anterior a la disfunció, excloent totalment una subjectivitat que opera aquí com a variable espúria (Fuentes, 2013).

En canvi per a la psicoanàlisi, la malaltia seria l'expressió o manifestació de tot allò reprimat que forma part d'aquell "lloc amagat" anomenat inconscient. La disfuncionalitat o funcionalitat anòmala de l'òrgan no seria des de la psicoanàlisi un problema d'àmbit fisiològic, sinó que giraria entorn a una "metàfora" que porta un sentit reprimat i que es projecta en aquesta part del cos humà, com a forma d'expressió subjectiva. Per tant com veiem, en aquest cas sí que la subjectivitat és el més important, sobretot a l'hora de poder entendre que és el que realment s'amaga darrere la malaltia (Fuentes, 2013).

Però si poguessim concretar quin és el concepte que uneix aquestes dos disciplines i les fa en certa manera disciplines germanes, encara que amb un abordatge clarament diferenciat, aquest seria el símptoma. Deixant al marge l'abordatge terapèutic de cada una d'aquestes disciplines, que és totalment diferenciat donat que una intenta "extirpar-lo" i l'altra escoltar-lo, entenem que té que ser aquest símptoma, el concepte que formi part de l'eix estructural d'aquest treball.

1.1. Presentació del tema

El símptoma és una forma d'indicar que alguna cosa està passant. Com a psicòlegs o psicoanalistes, necessitem interpretar aquesta comunicació no verbal que subjau en tot entramat patològic. És per això que en certa manera, el que intentarem com a terapeutes és "donar-li sortida" a aquesta demanda, formulada pels nostres clients, interpretant i afiançant una relació terapèutica amb les respostes que facilitarem a les persones per a què puguin fer front als seus "problemes de salut". Però no serem uns futurs bons professionals si no sabem d'on venim. És per tant important per a nosaltres, quan parlem de la histèria per exemple, analitzar i interpretar què s'amagava i què van descobrir els nostres avantpassats terapèutics, per a poder entendre quina va ser la demanda "amagada" que formulaven les seves pacients.

Això ens remet a una lectura acurada sobre aquells personatges importants que van formalitzar teòricament i clínicament, la "icònica" malaltia psicoanalítica. Són Paul Briquet, Pierre Janet, Jean Marie Charcot, Joseph Breuer, Sigmund Freud i per últim, en ple segle XX Jacques Lacan, aquells que creiem referencials i necessaris en aquest treball com a peces importants a tindre en compte. Tota "l'escenificació simptomatològica" i en certa manera "teatralitzada" de la histèria seria per a nosaltres el component més important i central per a entendre quines poden ser les "variables mesurables" que es desprenen dels quadres històrics.

En un altre sentit, hi ha un aspecte important en l'actualitat que té a veure amb la preocupació creixent que desperta en la nostra societat una malaltia com la fibromiàlgia, on podem veure infinitat d'articles i treballs al respecte (Marques i altres, 2006; Olmedo, 2004; Ortega, 2012; Ramos, 2004). Si destaquem a més la seva simptomatologia, això ens fa pensar amb l'estreta relació que podria tindre aquesta patologia amb tot l'entramat clínic i teòric de la histèria (Amoruso; Bruno, 2012; Cazabat, 2005, Higa, s.d.; Breuer i Freud, 1978). És per això que aquest treball serà un estudi i revisió de com ha anat evolucionant l'etiqueta

diagnòstica al llarg dels dos darrers segles que ens servirà per a comprovar si poden tindre una relació directa aquestes dos patologies encara que estiguin separades diagnòsticament.

1.2. Justificació del tema

Sempre m'ha apassionat la psicologia i més concretament la psicoanàlisi i dins d'aquest paradigma, com a "icona" diagnòstica, podriem dir que ha centrat sempre la meua atenció la histèria. Han estat molts els textos que han passat per les meves mans sobre aquesta temàtica i quan més he llegit, més m'ha fascinat com els grans mestres psicoanalítics han descrit aquest entramat constructiu psíquic que subjau en els símptomes que descriuen en els seus casos clínics (Freud, 1978). Potser va ser "Dora", el famós cas freudià, el que va centrar el meu interès fa molts anys (Breuer i Freud 1978, Freud, 1978).

Ara, en aquest final de carrera, m'agradaria aprofundir en una malaltia mèdica que per raons personals, ha aparegut en la meua vida. La fibromiàlgia es podria dir que és una "malaltia de moda". Molts són els articles i llibres que s'han publicat al respecte (Olmedo, 2004; Ortega, 2012; Ramos, 2004; Sales, 2010) però el que ha cridat especialment la meua atenció, potser perquè ho puc veure molt a prop, ha estat la seva simptomatologia. M'ha cridat molt especialment perquè sempre tinc la sensació que mentres estic veient els efectes físics, psicològics, laborals i socials d'aquesta patologia, sempre m'ha donat la impressió d'estar llegint un llibre de Freud.

Per tant, aquest treball intentarà aprofundir en aquesta temàtica i a més, si és possible, veure profundament la gran relació que podria estar amagada entre la histèria i la fibromiàlgia. Espero poder descobrir-ho al acabar aquest gran projecte que tot just ara començo.

1.3. Objectius

Entre els objectius i entorn a l'objecte d'estudi ens centrarem en esbrinar què s'amaga darrere la simptomatologia histèrica amb la pretenció de veure quina és la relació que podria tindre aquesta malaltia amb l'actual fibromiàlgia.

1.3.1. Objectiu General

Amb aquest treball es pretén aprofundir en l'estudi i diagnòstic de la histèria a finals del segle XIX per a fer un recorregut fins a l'actual fibromiàlgia dins del segle XXI, intentant veure quina relació poden tindre les dos malalties. Intentarem, en tot cas, aprofundir en aquestes dos malalties que encara que tenen una separació temporal, potser que no estiguin tant lluny l'una de l'altra.

1.3.2. Objectius Específics

Entre els objectius específics tenim:

- **Conceptualitzar el constructe histèric a finals del segle XIX.**

- **Mostrar la reconceptualització d'aquest constructe que fan els principals actors de principis del segle XX .**

- **Analitzar la reconfiguració teòrica subversiva que fa Lacan sobre la histèria.**

- **Comparar quins són els "matissos" simptomatològics entre histèria i fibromiàlgia.**

2. LA HISTÈRIA

A partir d'ara, farem una introducció i evolució de la "construcció històrica" com a constructe clínic i com aquest ha anat desenvolupant-se des de meitat del segle XIX i fins ben entrat el segle XX. Per tant, introduïrem a diferents actors que creiem importants per al nostre estudi i serà a partir d'aquests que veurem l'evolució del concepte històric i la seva conseqüent transformació dins del món psicoanalític. Fem per tant una primera introducció amb Paul Briquet, Pierre Janet, Jean Marie Charcot per a continuar amb el "tàndem" Joseph Breuer i Sigmund Freud com a "pare" reconegut de la psicoanàlisi, per a acabar amb la reconceptualització subversiva que realitza Jacques Lacan sobre la conceptualització i formalització teòrica que havia desenvolupat Sigmund Freud. És aquest últim, Jacques Lacan, un actor important donat que amb "eines avançades" com podrien ser la llingüística, la grafologia, la topografia i la filosofia *posmodernista* francesa del segle XX, reedita i reconfigura el cos teòric psicoanalític per a dotar-lo d'una profunditat que Freud no hagués pogut aconseguir, per les limitacions socials i culturals victorians de la seva època. És per tant importatíssim fer aquest recorregut històric pel procés evolutiu del constructe històric.

2.1. Introducció històrica: Els primers estudis sobre la histèria

Si alguna cosa ha cridat l'atenció des de temps immemorials ha estat tota aquella simptomatologia incoherent i incomprensible que girava entorn del "calaix de sastre" anomenat *histèria*. Aquest nom, de procedència grega i relatiu a l'úter (ὕστερα), va servir a la medicina per a poder classificar tot allò misteriós que envoltava a "l'univers femení". D'aquí la relació d'aquest tipus de comportaments amb la possessió demoníaca i la conseqüent persecució com a exemple terrenal "del maligne" (Cazabat, 2005). Però el nostre interès no va tant lluny. És veritat que es podria aprofundir en l'arrel històrica d'aquest constructe patològic però debem, per extensió, limitar la recerca. Per tant, elegirem un personatge des d'on formalitzar el procés evolutiu de la histèria.

Pierre Briquet (1796-1881) desenvolupa el *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* mentre era cap de servei de medicina de l'antic Hospital de La Charité. Tenint en compte que en aquell moment la neurologia no existia, ell recull amb detall tota la simptomatologia física i psíquica que el crida justament l'atenció, per la varietat i la quantitat de formes i aspectes diferenciats que pot arribar a mostrar. Això ho basa en l'exploració i anàlisi clínic de 430 casos, 7 d'ells eren homes, i resalta com a característica curiosa, el possible caràcter contagiós per imitació, si aquest episodi ha pogut ser vist per una altra persona. Aquest fet el fa arribar a pensar que la causa d'aquest trastorn podria estar situada en la part del cervell que regeix les emocions i per tant, el situa en un context totalment fisiològic. Briquet també insisteix en el fet que es deuria abandonar la terminologia tradicional d'anomenar aquest trastorn, donades les experiències que pateixen aquest tipus de persones (la gran misèria tant afectiva com material), on el tractament només els ajuda a pal·liar-ho (Garrabé, 2006). No podem dubtar que anomenar a aquest quadre clínic *la Síndrome de Briquet* és evidencialment molt menys sexista que l'apologia "uterina" d'histèria.

Un eminent discípol de Briquet i reformulador de la concepció patològica de la Síndrome del mateix nom és Jean Marie Charcot (1825-1893) (citada per Amoruso i Bruno, 2012). Charcot ingressa com a metge en l'Hospital de Salpêtrière en 1862 després d'acabar la seva formació en la Facultat de Medicina de París. Allà s'interessarà ràpidament per les malalties de caràcter nerviós i en 1872 es fa càrrec de la Càtedra d'Anatomia Patològica (Higa, s.d.). Però és temps després, en 1878, quan al fer-se càrrec del servei de malaltes epilèptiques i histèriques, Charcot entra en contacte amb aquesta patologia (Garrabé, 2006). Encara que en un primer moment va descriure i classificar la simptomatologia neurològica (com apuntava Cazabat, 2005), seguint el camí de Briquet (que ja van citar Amoruso i Bruno, 2012), aviat va recórrer a la hipnosi per demostrar l'essència psicològica de la mateixa (Amoruso i Bruno, 2012; Cazabat, 2005 i Garrabé, 2006). Aquest nou recurs, la hipnosi, serà utilitzat per ell en les presentacions "teatralitzades", baix ambient acadèmic, per a mostrar que hi havia una lògica objectiva i psicològica en la producció d'aquesta simptomatologia (Amoruso i

Bruno, 2012).

Dos dels assistents a les sessions acadèmiques, on pacients de Charcot eren hipnotitzades, van ser Sigmund Freud i Pierre Janet (1859-1947). Janet va aprofundir en la histèria i va arribar a la conclusió, a l'igual que Freud, que aquesta era el resultat d'una situació traumàtica que produïa un estat alterat de consciència, al que va anomenar *dissociació* (Cazabat, 2005), terminologia que podem veure en el DSM des de 1980 (Gabarré, 2006). Quan una persona patia una experiència traumàtica intensa, segons Janet, aquesta tindria una tendència a patir una amnèsia d'aquest fet, sense poder estructurar-lo en paraules, per a transformar-lo en experiències intrusives, reexperimentacions somàtiques i pensaments obsessius (Cazabat, 2005). Per tant, fa entendre que tant en l'estat hipnòtic com en el traumàtic, la personalitat es *dissocia* en dos personalitats, no tenint contacte l'una amb l'altra (Gabarré, 2006). El que es pot veure, de moment, és que tant Janet com després veurem de Freud, els dos parlen d'una divisió de la consciència com a causa dels quadres histèrics.

No obstant, quan Freud torna a Viena des de Paris, Joseph Breuer (1842-1925) ja és un prestigiós metge. Breuer es gradua en Batxillerat al 1858 i ingressa en la Facultat de medicina a l'any següent. S'interessa molt especialment per la fisiologia i és aquesta elecció, la que probablement provocarà el trencament posterior de la relació íntima que va arribar a establir amb Freud. Ells dos es van conèixer a l'Institut de Fisiologia de Brücke a Viena. Tot i la diferència d'edat entre ells dos, uns 14 anys, van formalitzar una gran amistat i va ser Breuer, més solvent econòmicament parlant, el que va ajudar a Freud en els seus inicis. A finals de 1882, Breuer explica a Freud les seves experiències amb Anna O., fet que va despertar l'interès i l'atenció d'ell per les neurosis, i aquesta acabà sent pacient del propi Freud. Però és poc temps després quan la relació entre Breuer i Freud comença a trontollar donada la formulació diferenciada per explicar el trastorn histèric. Breuer té un enfocament fisiològic i anomena *estat hipnòtic* al quadre simptomatològic histèric però en canvi Freud formula ja en aquell moment una teoria de *conflicte i defensa*, dins d'un procés

fundamentalment psíquic (Bedó i García, 1975).

2.2. Teoria psicoanalítica sobre la histèria: Una perspectiva “clàssica”

S'evidencia en aquell projecte compartit entre Breuer i Freud, *Estudios sobre la histèria* (1893-1895), un clar trencament teòric i clínic entre dos persones que havien estat molt bons amics. És des del principi del text, a l'índex, on ja es formula una estructura separada entre les aportacions dels dos. Formulen conjuntament una gran sorpresa quan aconseguen fer desaparèixer el símptomes histèrics, una vegada el record que els ocasionava era relatat pel malalt d'una forma molt detallada i "*expresaba en palabras el afecto*" (Breuer i Freud, 1978: 32). Ara bé, en el mateix treball, Freud dóna a entendre que el *métode Breuer*, amb la hipnosi, no servia per a tothom i va més enllà, parla d'una *neurosis d'angoixa* que a més seria deguda a una acumulació de tensió psíquica que tindria en essència un origen sexual, i que seria exterioritzada en forma de fòbies, hiperestèsia, dolors, etc. (Breuer i Freud, 1978). És aquest factor sexual el desencadenant del trencament de la col·laboració entre aquests dos professionals i el naixement de la teoria freudiana (Amoruso i Bruno, 2012, Capellá, 1996). No obstant, abans de continuar, necessitariem estructurar i conceptualitzar el nus teòric bàsic de Freud, per a poder entendre com s'articula en aquesta teoria la histèria.

En el treball *La interpretació dels somnis* (1900), l'autor conceptualitza el seu avant projecte estructural de l'aparell psíquic, el que es va denominar *la primera tòpica* (Freud, 1992). En aquest, organitza un *mapa psíquic* distribuït en tres instàncies: *inconscient, preconscient i consciència*. L'*inconscient* seria la part més amagada i reprimida, on es trobarien els representants de les pulsions i que es regiria pels mecanismes de *desplaçament* i de *condensació* (Anguera, 2008; Rivarola, 2011). La pulsio seria una energia constant, a diferència de l'instint, que buscaria ser satisfeta projectada en un objecte amb el que fixa la seva atracció. Aquesta meta no estaria prèviament establerta sinó que podria patir moltes desviacions

(Freud, 1978). Respecte als dos mecanismes formulats, és el mateix Freud (1992) el que ens dóna les claus per a entendre com funciona el *desplaçament*:

"los elementos que se nos revelan como componentes esenciales del contenido manifiesto están muy lejos de desempeñar igual papel en las ideas latentes. E inversamente, aquello que se nos muestra sin lugar a dudas como el contenido esencial de dichas ideas puede muy bien no aparecer representado en el sueño" (Freud, 1992: 331 i 332).

I fa el mateix respecte a la *condensació*:

"Si las ideas latentes halladas sólo una minoría queda representada en el sueño por uno de sus elementos de representación, habríamos de concluir que la condensación se verifica por exclusión, no siendo así el sueño una fiel traducción o una proyección, punto por punto, sino una reproducción harto incompleta y llena de lagunas de las mismas" (Freud, 1992: 311).

Entenem, per tant, que en aquesta *instància inconscient* tenim principalment una energia que busca un lloc on ser projectada i dos mecanismes *distractors* o *deformadors* que desplacen la intensitat d'una representació cap a una altra amb poca rellevància, com és el cas del *desplaçament*, o bé projecten en una sola representació diverses representacions, com és el cas de la *condensació*. Aquest sistema, *l'inconscient*, està regit pel *principi del plaer* amb el que es busca incondicionalment la satisfacció pulsional (Rivarola, 2011). No deuriem menysprear aquesta troballa de Freud, perquè sí que és veritat que en aquest llibre intenta aprofundir en el mecanisme oníric i tot el seu entramat significatiu però també és veritat, que aquestes troballes teòriques són la clau per a articular un mecanisme que es veu en totes les patologies, inclosa la histèria.

En segon terme tindriem el *preconscient*, aquest és el *repressor*, l'encarregat de vigilar i censurar el trànsit entre *inconscient* i *consciència*, impedit l'accés de tots aquells continguts *penosos* que no poden arribar a la consciència (Freud, 1976, 1978, 1992; Rivarola, 2011). Ara bé, en processos mentals històrics, Freud feia referència a una estreta relació entre *censura* i *consciència* donada per la dificultat i inaccesibilitat algunes vegades d'accedir a la mateixa *consciència* en *quadres psiconeuròtics* (Freud, 1992). En aquest sistema regeix el *principi de realitat* per a regular i organitzar com fluirà l'energia pulsional cap a representacions *conscientment acceptables* (Rivarola, 2011). Amb això veiem que en determinats quadres somàtics, també es podria determinar quelcom repressiu entre el *preconscient* i la *consciència*.

I finalment tenim la *consciència*. Aquest sistema és el que rep informació de l'exterior i l'interior fent de nexa de realitat, amb la recepció estímuls externs i també la percepció i l'atenció. La seva funció és gestionar i amortir aquells estímuls que puguin ser agressius o perturbadors, treballant per un equilibri psíquic. No obstant més tard, cap al 1920, Freud ampliarà el seu esquema inicial d'aparell psíquic amb una *segona tòpica*, on entraran en joc les tres instàncies famoses i reconegudes mundialment: *Jo*, *Allò* i *Superjò* (Rivarola, 2011).

El *Jo* seria una evolució de l'*Allò* que esdevé després del procés de *prohibició de l'incest* dins del *complex d'èdip*. Per tant, seria un "*Allò censurat*" on ara regeix el *principi de realitat* per condicionar la descargada pulsional i que donada la seva profunditat, fins a l'*inconscient*, també regularia la *censura* i la *resistència*. L'*Allò* seria bàsicament una reserva d'energia psíquica que es regiria per la necessitat de satisfer les pulsions. També es podrien trobar aquí elements d'origen hereditari, ontogenètic i filogenètic. I per últim, tenim el *Superjò*. Aquest seria el gran jutjador i controlador del compliment *moral*, podríem dir que seria "*la veu de la consciència*". Aquest es formaria arrel del *complex d'èdip* donat que incorpora l'autoritat, fruit de la identificació ver la figura parental, per a

desenvolupar un entramant de control intern dicotòmic entre culpabilitat i components socials i culturals (Anguera, 2008; Rivarola, 2012).

Una vegada hem escenificat un relat teòric, podriem ara veure com funciona tot aquesta estructura amb un exemple. En el treball de Freud sobre *Sexualitat infantil y neurosis* (1987), aquest exposa un llarguíssim cas sobre una *neurosi infantil* que nosaltres intentarem exposar breument, contextualitzant-lo amb la teoria anterior. Per tant, ens centrarem en el trastorn fòbic que pateix i que Freud analitza com un encobriment d'una *histèria d'angoixa* que subjau a la fòbia. Ens diu que el *jo* s'està protegint per mitjà d'una angoixa en forma de fòbia perquè realment el que veu perillós és una possible satisfacció homosexual (Freud, 1987). Aquí veiem com s'articula el *jo* i el *preconscient* censurant i resistint al desig pulsional que sorgeix de l'*Allò* en ple cor del *l'incoscient*. Aquesta pulsio sexual busca la satisfacció homosexual però la *repressió* del sistema, funciona aquí prohibint que aquest desig arribi a ser conscient. Però aquesta pulsio no queda detinguda en la *càmara preconscient* d'una forma neutra, sinó que buscarà la satisfacció de la manera que li permeti l'entramat repressiu estructural fer-ho, per acabar focalitzant-se o *desplaçant-se* (fent ús de la terminologia) en aquest cas a l'intestí (com a òrgan "histeritzat"), com a forma de tancar el *cercle pulsional*, i satifer aquesta energia en un *trastorn conversiu* o *histèric* focalitzat en una part del cos. Acabem de relatar l'essència de la "*teatralització o escenificació*" de la simptomatologia histèrica.

No obstant, acabant aquesta exposició de la teoria freudiana, voldriem mostrar un extracte del propi Freud (1976) al seu treball *Conferencias de introducción al psicoanálisis* on formula l'essència que dóna sentit a aquest treball, el *síntoma*:

"La formación de síntoma es un sustituto de algo diverso, que está interceptado. Ciertos procesos anímicos habrían debido desplegarse normalmente hasta que la conciencia recibiese noticia de ellos. Esto no ha acontecido, y a cambio de ello, de los procesos interrumpidos, perturbados de algún modo, forzados a permanecer inconcientes, ha

surgido el síntoma. Por tanto, ha ocurrido algo así como una permutación; si se logra deshacerla, la teoría de los síntomas neuróticos habrá cumplido exitosamente su tarea" (Freud, 1976: 256).

2.3. Teoria psicoanalítica sobre la histèria: Una perspectiva "moderna"

Tot i l'evolució substancial i paradigmàtica que va formular Freud amb la psicoanàlisi, no podem obviar l'hostilitat d'un entorn victorià que el va empenyer en ocasions a la marginalitat i a rebre els retrets agressius de la comunitat mèdica de l'època. Això va ser un escenari en el que no va tindre que lidiar el nostre proper personatge. Aquest no és que no tingués el suport d'un context operturista, sinó que el va utilitzar fins a l'extrem per a poder formalitzar un entramat teòric tant important, que ha arribat fins als nostre dies amb molta força.

Jacques Lacan (1901-1981) neix i viu en ple segle XX. Estudia i acaba la carrera de Psiquiatria. A partir de 1953, emprèn una sèrie de seminaris anuals on desenvolupa un *retorn a Freud* però amb les eines que li proporciona la seva època, com és la llingüística de Saussure (Rivarola, 2011). També es basa en la topografia, la grafologia, l'antropologia, les matemàtiques i la filosofia, fent del seu treball una gran obra d'investigació freudiana, amb una gran base empírica i clínica que desenvolupa durant tots els seus anys de treball.

La seva formulació teòrica, tot i estar basada en l'obra freudiana, reconceptualitza d'una forma subversiva l'essència del "mestre". Estructura la seva visió a partir del *signe lingüístic* de Saussure. Utilitzant la terminologia saussuriana reconfigura els termes per a donar prioritat al *Significant*, en detriment del *Significat*. El *Significant* no té perquè expressar sentit ni significació d'avantmà, però és l'unitat constitutiva del ordre simbòlic i aquests s'encadenen en una *cadena significant*. El que li dóna valor a aquest element són els altres elements del sistema que, depenent de la posició que ocupin, tindran un sentit o un altre, un *significat* o un altre (Evans, 1998).

"Cada vez que estamos en el orden de la palabra, todo lo que instaure en la realidad otra realidad, finalmente sólo adquiere su sentido y su acento en función de este orden mismo [...] La palabra se instituye como tal en la estructura del mundo semántico que es el del lenguaje. La palabra nunca tiene un único sentido ni el vocablo un único empleo. Toda palabra tiene siempre un más allá, sostiene varias funciones, envuelve varios sentidos. Tras lo que dice un discurso está lo que él quiere decir, y tras lo que quiere decir está otro querer decir, y esto nunca terminará a menos que lleguemos a sostener que la palabra tiene una función creadora" (Lacan, 2006: 346, 351).

Partint d'aquesta premissa, entenem que el *signifiant* és més important que el *significat*, encara que és aquest últim el que li dona sentit a tota la cadena anterior. Aquesta *cadena significant* està situada en l'*Autre*: un *Autre* que ens imposa la paraula per a poder ser com a éssers (Lacan, 1987), és a dir, ell també ens dóna *significació* perquè *significantment* és una altra baula a la cadena. En definitiva, som per l'*Autre*. A aquest li demanem satisfer una *necessitat* i és a través d'aquest *Autre* que *signifiquem* aquesta necessitat en forma de *demanda*.

Això ens dóna entrada al món simbòlic, que esdevé gràcies a les "*eines simbolitzadores*" a les que ens ha sotmès aquest *Autre*, per a poder satisfer una *necessitat* que ha estat convertida en *demanda*. No obstant, hem d'entendre que l'accés a aquest món simbolitzat és arrel del *tercer estadi de l'Èdip*, on la *llei Paterna* s'impondrà per la *privació* a la que es veu sotmès el nen front a la mare, cosa que provocarà l'*escissió del subjecte* i la consecució del *subjecte de l'inconscient* (Lacan, 1999).

Ara bé, el llenguatge articula dos dimensions, una l'acabem d'exposar, la *simbòlica* i l'altra seria la *imaginària*. Aquesta dimensió s'articula en un moment al que Lacan (Rivarola, 2011) anomena l'*estadi del mirall*. En aquest el nen s'està *construint*, s'està unint en una imatge unitària i aquesta es formula en aquest estadi. S'apropia d'una imatge que li es reflexada, no és la seva perquè no pot

ser-ho mai, sinó una imatge *idealitzada* de sí mateix que el farà creure *narcisísticament* sencer, sense fissures. Aquest *món imaginari* estarà regit pel "*moi*", mentre que el "*je*" serà part del *món simbòlic* (Rivarola, 2011). Aquí és on Lacan deixa veure com després de llegir a Freud, fa una recomposició de peces per a formular estructuralment, una separació entre un *món inconscient*, regit per un ordre i amb un *patró* determinat, i un altre *conscient* i formulat en un *engany* de totalitat i control que fa aigües constantment.

Lacan també utilitza els termes de *desplaçament* i *condensació*, però a diferència de Freud, ell els anomena *metonímia* i *metàfora* respectivament. És veritat que no només els renombra, sinó que els dóna una altra funció i connotació funcional però per al nostre treball no ens és necessari anar més enllà.

Recapitulant, tenim dos instàncies, la *simbòlica* i la *imaginària*, que s'unirien a una altra instància anomenada *real* i que Lacan formula topogràficament en un nus borromeu on les tres instàncies s'entrellacen. El *real*, tal i com el definiria Lacan (1987), és *allò impossible*. Ras i curt, diguem que seria tot allò que no pot ser imaginat o simbolitzat, que escapa a tots aquests processos perquè hi és abans que aquests. Però no ens centrarem aquí, tot i la importància que té el *real*, perquè el que volem és entendre el procés on es formalitza el "*trauma histèric*" i aquesta instància no és en aquest aspecte tan important.

Arribats a aquest punt de la teoria lacaniana, segons l'autor hi han dos instàncies amb una gestió més o menys independent de la ment però que utilitzen el llenguatge com a nus d'unió. Ara bé, això obriria la porta per a entendre que aquest llenguatge té dos dimensions, una per a cada instància. Aquí és on Lacan formula *l'enunciat*, per a referir-se al llenguatge de *l'imaginari*, i *l'enunciació*, el del *simbòlic*. Articula una divisió on deixa evidència que el *moi*, el jo imaginari, no és més que una il·lusió, és a dir, que *l'enunciat* ens serveix per articular un discurs que ens fa pensar que és el nostre, que és unitari (Evans, 1998; Lacan, 1987). Allà on s'articula la desconeixença de la raó del símptoma és el lloc on tenim la *il·lusió imaginativa* d'un control sobre nosaltres,

però el que ens evidencia també aquest símptoma és que hi ha alguna cosa més que no coneixem.

No obstant, hi alguna cosa que ens estem dient a través d'aquest símptoma. Hi ha una *metàfora* que s'*enuncia somàticament* per via del cos que ha estat construït amb llenguatge i per tant li ha donat *significació* com a objectiu del desig. Tal i com ho manifesta el propi Lacan (1999):

"En el propio síntoma, hay ciertamente algo que recuerda a dicha satisfacción, pero es una satisfacción cuyo carácter problemático es bastante acentuado, porque por otra parte es una satisfacción al revés. Así, parece que el deseo esté ya vinculado con algo que es su apariencia y, digamos la palabra, su máscara. La estrecha relación que mantiene el deseo, tal como se nos presenta en la experiencia analítica, con lo que lo reviste de forma problemática, requiere que nos detengamos en ello como en un problema esencial" (Lacan, 1999: 328).

Podriem acabar aquest capítol dient per tant que, en l'essència problemàtica de la simptomatologia, estaria com a eix central el desig i que és a partir d'aquest, i la seva energia pulsional en busca de satisfacció, que es presenta com a raó explicativa del trastorn histèric en forma "d'exposició teatralitzada" en fets o en el mateix cos".

En el següent capítol veurem diferents aspectes de la fibromiàlgia, on ens introduïrem en la visió mèdica d'aquesta per a poder posteriorment, comparar-la nosològica i etiològicament amb la histèria.

3. FIBROMIÀLGIA

La *Síndrome de Briquet* definia una patologia caracteritzada per un quadre simptomatològic que des del punt de vista mèdic, semblava ser inexplicable. Aquell trastorn classificat com a histèria va desaparèixer del Manual de diagnòstic DSM a partir del 1980, donant pas a altres formes de delimitar-ho com podrien ser el trastorn *dissociatiu*, *el conversiu* i el de *somatització* o *somatomorf*. En l'àmbit mèdic les *Síndromes Somàtiques Funcionals* o "síntomes mèdicament inexplicables" són grups de malalties que comparteixen comorbilitat amb trastorns com la depressió, l'ansietat i també amb trastorns de la personalitat, amb una clara presència en aquests quadres d'una gran labilitat emocional (Villalpando i altres, 2005). A més, moltes de les persones que pateixen aquests tipus de trastorns, solen compartir experiències traumàtiques en l'àmbit psicològic, físic o sexual. La fibromiàlgia en particular seguiria un procés d'instal·lació accentuat d'una simptomatologia principalment focalitzada en el dolor i la fatiga que s'implantaria, formalitzaria i es cronificaria gràcies al condicionament a certs estímuls que posarien en marxa una generalització d'aquests, perpetuant a llarg termini el seu quadre clínic (Villalpando i altres, 2005).

Ens dóna la impressió, o potser estem pecant de perspicaços, de que les raons mèdiques que es donaven en la etiologia fisiològica de la histèria a finals del segle XIX, que va ser reelaborada i contextualitzada en l'àmbit estructural psíquic per la psicoanàlisi, torna ara després de tants anys a estar en el punt de partida. Dit d'una altra manera, sembla que el descobriment tant teòric com clínic i pragmàtic que van desenvolupar tant Freud com Lacan durant el segle XX i que tan menyspreat va ser per la medicina i la ciència, ara tornaria a estar en aquell punt de partida on la teoria psicoanalítica torna a ser un "valor en alça", per a explicar i donar fonament etiològic a una de les malalties nervioses que per la seva presència i índex de comorbilitat i cronicitat tant alt té avui en dia un "lloc privilegiat" en les consultes mèdiques. Ras i curt, podem dir que el cercle es tanca en aquest moment. Es pot veure en infinitat d'articles i treballs

quina és la relació entre les dos malalties (Marques i altres, 2006; Ramos, 2004; Redueles, 2004; Villalpardo i altres, 2005), donat suport a la relació que volem introduir ara.

3.1. Definició clínica

La Fibromiàlgia és una malaltia que estaria caracteritzada per un quadre crònic de símptomes i trastorns musculars i esquelètics en regions anatòmicament determinades, on es poden trobar aspectes com la fatiga crònica, la persistència del dolor, rigidesa amb intensitat variable en els músculs i tendons junt a una gran simptomatologia de caràcter psicològic com pot ser l'insomni, la rigidesa corporal, cefalees i migranyes i dificultats en alguns processos cognitius com el pensament i la memòria. També podem trobar en molts d'aquests casos comorbilitat amb ansietat i depressió, tal i com apuntavem anteriorment (Marques i altres, 2006; Ruiz, 2014). Respecte a la implantació, podem veure que la prevalència en la població espanyola segons alguns estudis podria ser propera al 2,73%, 4,2% en dones i un 0,2% en homes, sent proporcionalment molt més gran en el sexe femeni (Ramos, 2004; Villanueva i altres, 2004).

Els criteris diagnòstics per aquesta malaltia van ser proposats per primera vegada per l'American College of Rheumatology en 1990 (Marques i altres, 2006; Ramos, 2004; Ruiz, 2014). Dos anys després l'Organització Mundial de la Salut tipifica aquesta malaltia amb el codi M79.0 en el Manual de Classificació Internacional de Malalties (ICD) i en 1994, l'Associació Internacional per a l'estudi del dolor també la reconeix i la classifica, dotant-la d'entitat i reconeixement mèdic i social (Ruiz, 2014; Villanueva i altres, 2004). Aquest mateix any M. B. Yumus (1994, citat en Villanueva i altres, 2004) va introduir la fibromiàlgia dins de les *Síndromes Somàtiques Funcionals (SSF)* junt a patologies com la *Síndrome d'Intestí Irritable*, *Síndrome de Fatiga Crònica*, *Síndrome de Cames Inquietes o Cefalea tensional* entre d'altres, perquè totes elles presentaven característiques clíniques i factors psicosocials comuns. Entre aquestes característiques clíniques comunes tenim (Villanueva i altres, 2004):

- Heterogeneïtat clínica.
- Alt grau de solapament de símptomes entre quadres.
- Major prevalència de trastorns psiquiàtrics que la població general.
- Síntomes refractaris al tractament mèdic i a les mesures pal·liatives.
- Presentació en petits brots esporàdics.
- Mecanismes similars en la seva gènesis i en el manteniment d'aquests.
- Fisiopatologia propera a l'espectre afectiu i/o regulador de l'estrès.

Entre els factors psicosocials comuns tenim (Villanueva i altres, 2004):

- Convicció de malaltia seria i expectatives d'empitjorament.
- Paper del dolent litigant.
- Alarma catastrofista i sensacionalista.
- Duda de la capacitat dels experts.
- Movilització social.
- Èmfasi etiològic només biomèdic.

Tan Simon Wessely i col·laboradors com Barsky i Borus (1999, citats en Villanueva i altres, 2004) fan referència a la forta relació que hi ha entre els símptomes somàtics, les alteracions emocionals i els factors psicosocials entre el grup de malalties que formen part de les *Síndromes Somàtics Funcionals (SSF)*.

3.2. Diagnòstic i pronòstic de la Fibromiàlgia

En un primer moment, no es tenia un protocol estandarditzat de quins debien ser els criteris mèdics per a diagnosticar aquesta malaltia. Però a partir de 1990, l'American College of Reumatology va proposar per al seu diagnòstic els següents criteris:

La presència de dolor difus de més de tres mesos d'evolució i sensibilitat al dolor augmentada a la palpació digital en al menys 11 de les 18 localitzacions anatòmiques proposades, amb una força aproximada de 4kg (veure Figura 1).

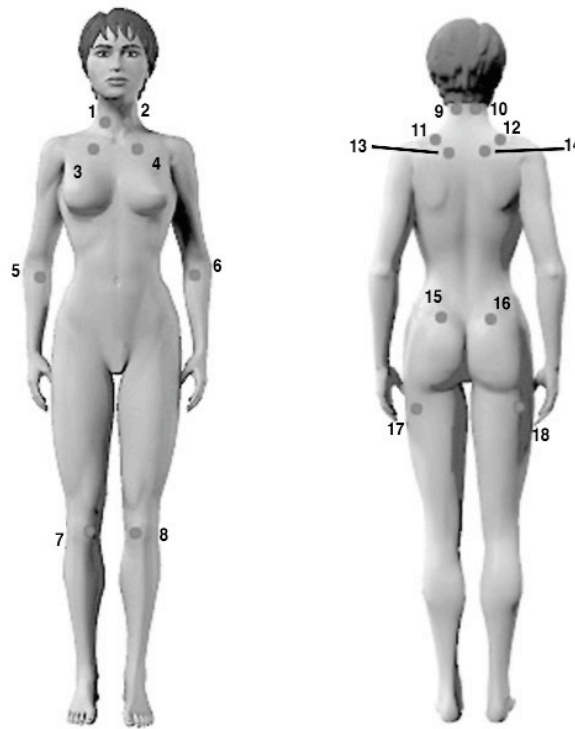


Figura 1: Distribució dels punts de sensibilitat corporal en la fibromiàlgia. Extret de Villanueva i altres, 2004.

F. Wolfe (1994, citat en Villanueva i altres, 2004) proposa una ampliació d'aquesta categorització per poder diagnosticar amb més exactitud aquesta patologia (veure Taula 1).

	<i>Características de "no fibromiàlgia"</i>	<i>Características de "FB indeterminada"</i>	<i>Características de "FB típica"</i>
<i>Dolor</i>	Sin / limitado	Dolor de regional a extenso, en general con contigüidad pero NO generalizado	Dolor <i>generalizado</i>
<i>Puntos dolorosos</i>	0-5 0-20%	6-10 20-55%	11 o > 60%
<i>Síntomas</i>	Ninguno o raros	De pocos a muchos	Muchos

→ *FB definitiva*: todas las características de la FB típica.

→ *FB probable*: dos de las tres características de la FB típica.

→ *FB posible*: una de las tres características de la FB típica y dos de las tres características de la FB indeterminada.

Taula 1: Criteris clínic-diagnòstics de la fibromiàlgia. Extret de Villanueva i altres, 2004.

A la Taula 1 veiem que a més de contabilitzar els punts dolorosos per al subjecte, també entra en joc per al diagnòstic la simptomatologia annexa al

trastorn principal. Entre els diferents símptomes que presenten les persones per comorbiditat a la fatiga i dolor fibromiàlgic són (Villanueva i altres, 2004):

- Presència de dolor mecànic.
- Alteracions de la son.
- Fatiga.
- Celafea tensional.
- Parestèsies i inflamació subjectiva amb freqüència bilateral.
- Distrès psicològic.
- Intestí irritable.
- Síntomes genitourinaris.
- Fenòmen de Raynaud.
- Síntomatologia vegetativa i funcional.
- Intolerància a gran quantitat de fàrmacs.
- Distribució específica dels punts en la inserció muscular o al múscul.
- Alteració de l'eix hipotalàmic-hipòfisis-suprarrenal.

Com podem comprovar, aquesta és una malaltia que comporta uns quadres clínics i simptomatològics molt grans i complexos que alberguen infinitat de diferents afectacions que compliquen moltíssim el seu abordatge terapèutic i porta als "pacients" a patir una dolorosa i llarga dolència. A més d'utilitzar la taula com la de Wolfe per a determinar i diagnosticar la fibromiàlgia, procés que va millorar molt el diagnòstic, també és interessant mostrar quins són els pronòstics que s'ofereixen des del paradigma mèdic una vegada iniciat el tractament. Les dades que es disposen en aquest sentit són, segons Villanueva i altres (2004):

- Als 10 anys persisteixen els símptomes.
- La duració mitjana dels símptomes és superior als 15 anys.
- El 50% no acudeix a la consulta en un temps superior a 10 anys d'evolució.
- Empitjoren amb el dolor el 55% dels diagnosticats.

- Empitjoren amb fatigabilitat el 48% d'aquests.
- Empitjoren amb els trastorns de la son el 59% dels malalts.
- Un 80% dels diagnosticats continuen amb la medicació.
- Un 66% d'aquests refereixen una lleu milloria global.

Podem comprovar que els resultats i els pronòstics sobre el futur de la malaltia no són gens alentadors i a més empeny a moltes de les persones diagnosticades a una cronicitat amb poques expectatives de millora.

3.3. Nosologia comparada

Tot i que hi han estudis que fonamenten en aquesta malaltia un substrat fisiològic (Marques i altres, 2006), hi han també molts que li descriuen poc o cap fonament i el remetent directament a una síndrome d'etiologia desconeguda (Ramos, 2004; Ruiz, 2014). Això deixa la porta oberta a entendre que possiblement en l'essència simptomatològica no subjeu cap fonament que la medicina tradicional pugui tractar amb efectivitat. Per tant podem arribar a la conclusió que moltes vegades la farmacologia prescrita per aquesta disfunció crònica no sigui només que un tractament pal·liatiu i podem al mateix temps deixar en un segon lloc totes les malalties que tenen un substrat biològic o que comporten disfuncions en les bases fisiològiques, o inclús genètiques. És en aquest moment on es descobreix en la fibromiàlgia una concepció d'aquesta com a quelcom que mostra en el seu substrat patològic factors biopsicosocials amb alteracions emocionals (Villanueva i altres, 2004) i per conseqüència, lluny del paradigma mèdic i també en certa manera "científic". No es difícil veure i entendre ara que es podria classificar aquest trastorn amb els seus quadres simptomatològics com a disfunció psíquica o, si més no, amb una forta presència d'aquesta. Així mateix, podríem inclús plantejar-nos desvincular d'aquest paradigma la causa que la provoca, tot i que es faci palès tot el seu procés simptomatològic en un entorn físic i visible.

Veiem que nosològicament la descripció i classificació que es fa de les dos malalties les aparta en certa forma del context mèdic. La *histèria*, perquè està conceptualitzada fora d'aquest i la *fibromiàlgia*, perquè inclús l'entorn mèdic la "reclueix" a un conjunt anomenat *Síndromes Somàtiques Funcionals (SSF)* (Villalpando i altres, 2005; Villanueva i altres, 2004). És a dir, que l'entorn mèdic tampoc sap molt bé com etiquetar, classificar i tractar aquesta malaltia. En aquesta "ansietat mèdica" per categoritzar-ho tot, hi han processos que per ser d'etiologia desconeguda acaben en certa manera "marginats". El que sol ocórrer en aquests casos és que una clara demanda per part d'una persona que està patint un dolor evident i tangible queda sense ser satisfeta o, el que és més, pot quedar relegada a ser un altre client crònic d'una empresa farmacèutica. Seria en aquest cas aquesta, una demanda insatisfeta per *l'Altre*.

No podem oblidar que la *declinació del complex d'Èdip* i la entrada al món simbòlic ens permet construir-nos per mediació d'un *Altre*. El llenguatge i més concretament les paraules formades en una gran cadena significant, "cosifica" tot allò que ens envolta i també el nostre cos, tal i com exposàvem en el capítol anterior. Aquesta construcció arriba per via d'un *Altre*, un *Altre* actual, i nosaltres *signifiquem* gràcies a aquest "comerç" amb un context històric, però també social i cultural on la "classificació" d'uns símptomes físics es basen en una determinada manera de veure'ns aquí i ara, com a homes o dones, com a "objectes" classificats. Això no ho podem menysprear o passar per alt donat que som el producte d'aquest "*Altre*", i aquest té una complexitat i definició actual que posiciona a cada un de nosaltres en un lloc determinat. A partir d'aquí podem matissar fins a quin punt la subjectivitat que es produirà en aquest trànsit, quedarà adherida a la cadena significant en forma de significació o fins on la profunditat emocional o significativa d'aquest procés dependrà de cada un de nosaltres però és evident, que això sempre serà fins a cert punt. No som lliures per a *significar* o definir. Tenim cert espai però està molt ben delimitat.

L'exigència actual de com ser dona, femenina, mare o esposa té un ideal molt ben perfilat i amb un nivell d'exigència molt gran, cosa que pot provocar amb

poca dificultat molta angoixa i frustració. I encara més en un posicionament històric, on en aquest *voler ser* es vol ser el centre del desig i respondre amb una submissió total als productes del "de fora", volent ser en essència el *desig* del desig de d'aquest "Amo". Tot el que aquest vulgui que siguem potser "històricament" acceptat, adaptant el que faci falta de nosaltres per a ser el punt de fixació de tot el que *l'Altre*, vulgui que siguem per a ell (González, 2012). Podem entendre ara la magnitud de patir fibromiàlgia, perquè sotmet a tota aquella persona que la pateix a posar en marxa tot el "protocol teatralitzat" que es desprèn d'un rol fibromiàlgic on els personatges estan molt ben definits, qui és "l'Amo" i qui "l'esclau", front a un nom que ens posiciona i què defineix molt bé que ha de fer cada un d'ells quan estan a escena.

3.4. Etiologia comparada

Un aspecte molt interessant de la fibromiàlgia gira entorn a la seva etiologia, perquè hi han estudis que enfatitzen la característica desconeguda d'aquesta (Ramos 2004; Ruiz, 2014) però en canvi hi han altres que la relacionen amb factors genètics, neuroendocrins, psicològics i inclús amb d'alteracions de la son (Marques i altres, 2006). Però el que queda evidenciat és que tots fan referència a factors psicològics com a una de les principals causes. També és molt habitual en aquest tipus de malalts les històries vitals amb un gran patiment personal on la simptomatologia física es pot relacionar o transformar en paraules en un moment donat. Persones que per diferents circumstàncies s'han cuidat molt intensament dels altres, que es senten responsables de la felicitat d'aquests, que han sofert problemes financers o de salut o experiències traumàtiques amb el pare o amb un marit violent amb evidència d'abusos tant físics com verbals, per exemple. Solen ser aquestes el tipus de històries que es solen verbalitzar en malalts amb fibromiàlgia (Marques i altres 2006).

Tal i com veiem, tenim en l'essència d'aquestes històries vitals unes experiències personals de patiment. La histèria també es mostra com a reflex d'un conflicte o procés traumàtic que busca el cos com a "tapís artístic". Els dolors difusos pel

cos, la fatiga crònica, les alteracions de la son, la rigidesa muscular, les cefalees i migranyes i la resta de mostres simptomàtiques de la fibromiàlgia també tenen evidència de ser un "exemple creatiu", d'una forma molt peculiar de mostrar unes experiències vitals doloroses i traumàtiques que busquen el cos com a marc necessari per a ser creades.

En cas d'haver d'escollir un concepte que pogués atravesar les dos malalties, histèria i fibromiàlgia, aquest seria la feminitat. Tal i com apuntavem anteriorment, la fibromiàlgia afecta amb més agressivitat al sexe femení. Això remet a la reflexió sobre un cos femení que pateix i en aquest patiment s'evidencia una temor al plaer, una por al gaudi (Ruiz, 2014). Al mateix temps podem veure alarmantment en el cos d'aquestes persones una agressivitat desmesurada vers un mateix on es podria estar mostrant una incapacitat "d'extreure" o mostrar allò que s'amaga amb el símptoma. Partint d'aquesta premisa podríem dir que estem davant d'un cos cosificat com a objecte on escriure un patiment i que en aquest procés evita deixar el lloc a un *Altre* (Ruiz, 2014). Un cos *histeritzat* on es projecta un cercle pulsional que busca l'autosatisfacció junt a un entorn que cosifica i que subministra un plaer a base de resoldre les necessitats d'identificació, classificació i consum (Ramos, 2004).

Això ens remet a un constructe de salut com a producte de consum donat per tot un desplegament que el capitalisme coneix a la perfecció. Ell ens proveeix tot el necessari per a que una societat "malalta" es pogui satisfer. En aquest aspecte tenim a una indústria farmacèutica que ens subministra tot el necessari per a no adonar-nos de la *falta*. Com a éssers travessats pel llenguatge i per tant *faltats*, és primordial amagar aquesta mancança i el sistema té tot allò que faci falta (Lacan, 1999). L'etiquetatge d'una malaltia ens ajuda en aquest procés d'engany personal i al mateix temps ens proporciona la possibilitat de proveir-nos de serveis i drets que ens permeten posicionar-nos com a consumidors, davant d'un sistema que ens col·loca i necessita en aquest lloc (Ramos, 2004). En definitiva, el més important és no pensar, només consumir.

Respecte a aquest posicionament classificatori, hi ha una variable interessant que introdueixen Ramos (2004) i Redueles (2004). El primer parla de la Teoria de l'Elecció Racional de M. Olson (1965, citat per Redueles, 2004) on ens evidència l'interès narcisista i egòlatra de tot ésser humà en qualsevol situació o experiència vital, tant de caire comercial com emocional. Aquesta teoria es regeix per una de les normes més essencials, instintives i primordials de tot ésser humà. Aquesta regla es podria resumir d'aquesta manera: "treu el màxim rendiment d'allò que tinguis a l'abast però inverteix en ell el mínim possible". Si aquest axioma, que es podria extrapolar al principi del plaer freudià, el posem en pràctica en malalts amb diagnòstic de fibromiàlgia i perquè no, també en malalts histèrics, veiem que els beneficis personals, laborals, familiars, contextuals i sobre tot afectius, surten molt recompensats. A més d'això, també fa pensar que darrera d'un procés d'instal·lació "institucionalitzada" d'una classificació també es porta a la persona que ho pateix a un autoengany i a una mena de "teatralització" conformada per un entorn que el condiciona, degut a l'adopció d'un rol de malalt caracteritzat per uns patrons característics i conductuals associats.

És evident que allà on ens estem situant és un entorn més aviat simbòlic, on es despleguen unes conductes que per una part són de queixa i dolor i, per l'altra, són produïdes per un context que busca "recompensar" una crispació que surt de la frustració d'aquell que no pot dir en paraules el que li està passant i troba en un escenari com és una consulta "un entramat teatral" idoni per a posar en escena tota una demanda que vol ser satisfeta (Ramos, 2004). Això ho podem veure clarament en la fibromiàlgia. A la persona que està patint se li dona un lloc d'expressió, una "zona franca". És en aquest lloc on la societat de consum ens dona l'oportunitat de poder reclamar una ajuda per a un patiment que "s'amaga" en el discurs. Un lloc on som atesos per uns professionals que han estat articulats pel sistema que els ha reconegut com a interlocutors del "*discurs de l'amo*", i que ens permeten i indiquen com articular classificatòriament allò que ens passa. De sobte, allò pren un sentit imaginari de coherència, de cosificació, i el factor que ens havia portat a aquest lloc queda en un segon pla

deixant de banda tot un entramat de experiències vitals traumàtiques que quedaven darrera un cos que ens parlava, encara que no estàvem entenent què era exactament el que ens deia.

Entenem llavors que les dos malalties utilitzen el cos com a forma d'expressar alguna cosa que no pot ser verbalitzada en paraules. Això ens remet a entendre que la relació entre les dos patologies és molt més estreta del que aparentment podria semblar. Així que en les causes veiem un discurs, un discurs amagat que es projecta dolorosament en un cos tou, que deixa "marcar-se" com a intent masoquista d'expressar alguna cosa. Aquí és el lloc on també situaríem la subjectivitat, una forma única d'expressió que només individualment podem posar-li significació. Això ho podrem analitzar i veure expressat amb profunditat en els casos que exposarem en el capítol següent, on la teoria es tornarà pragmàtica i l'evidència es farà visible.

4. ESTUDI DE DOS CASOS: HISTÈRIA O FIBROMIÀLGIA?

En el present capítol tractarem de descriure dos casos clínics que plantegen dubtes sobre la viabilitat de distingir marges clars respecte a un i altre diagnòstic. Exposarem un anàlisi dels dos independentment per a després, veure com de similars poden arribar a ser. El primer ens mostra a la Siri, una dona que explica en primera persona un quadre simptomatològic que la porta a investigar en diferents camps amb el objectiu de saber què és exactament el que li passa. El segon cas ens parla de l'Elisabeth, una dona que va ser pacient de Sigmund Freud a finals del segle XIX, i on aquest fa una exposició i anàlisi d'un cas que si hagués arribat fins als nostres dies, podria haver estat fàcilment diagnosticat de fibromiàlgia per la comunitat mèdica.

4.1. Siri Hustvedt: La dona que tremola

Siri Hustvedt és una novelista que ha publicat molts de treballs amb títols com *What I Loved* (2003), *A Plea for Eros* (2005), *Mysteries of the Rectangle: Essays on Painting* (2005) o *The Summer without Men* (2011). Va néixer l'any 1955 a Northfield, Minnesota (Estats Units), és filla d'immigrants noruecs, està casada amb Paul Auster des del 1981 i viu actualment a Brooklyn, Nova York (Ayén, 2011). Aquesta dona va publicar una novela anomenada *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios* per a donar a conèixer i poder també aprofundir en un succés que va viure en primera persona (Hustvedt, 2010).

Lloyd Hustvedt era el pare de Siri, el qual va morir d'emfisema dos anys i mig abans que un episodi estrany tingués succés en la seva vida. Les seves últimes paraules dirigides al seu pare van ser: "*Te quiero tanto*" (Hustvedt, 2010: 10), poques hores abans de morir. Acte seguit va escriure un text que va llegir al seu funeral sense que cap llàgrima brollés dels seus ulls (Hustvedt, 2010: 10).

Aquell fet extraordinari va ocórrer quan la Siri va ser convidada a parlar al campus de la Universitat de St. Olaf a Minnesota en l'acte de record al seu pare, just darrere de l'edifici de Filologia Noruega on aquest home va donar classes durant quasi quaranta anys. Durant tot el temps que havia estat preparant el text que llegiria aquell dia va tenir la sensació d'estar escoltant al seu pare, fent referència a què hauria dit ell si estigués allà en aquell moment. Aquell era un meravellós i solejat dia del més de maig que sense ella sospitar-ho, es tornaria en un dels dies més importants de la seva vida. (Hustvedt, 2010: 10 i 11).

Només va obrir la boca per formular el seu *speech*, va començar a tremolar descontroladament des dels peus fins al coll. Els seus genolls es tocaven l'un amb l'altre com si fos un atac epilèptic però sorprenentment, podia continuar parlant sense que la seva veu tremolés. Va començar a espantar-se molt pel que li estava passant però en cap moment va deixar de parlar tot i què les fulles del text i les anotacions que tenia al faristol, anaven saltant d'un lloc a un altre perdent tot ordre establert prèviament. Va deixar de tremolar quan va deixar de parlar. Va tenir la sensació que era ella i que no ho era al mateix temps i en cap moment va sentir cap emoció, tot i que aquell episodi es va anar repetint moltes vegades més (Hustvedt, 2010: 11, 15).

Recorda que molts anys abans, en concret en 1982, també va patir un episodi molt interessant. Es trobava en aquell moment en una galeria d'art de París i, de sobte, el seu braç esquerre es va girar cap enrera i la va empenyer contra la paret. Va sentir com si una energia potentíssima l'agafés i la llancés com si fos una nina. Tot seguit, la va embargar una gran eufòria i alegria desmesurada al mateix temps que una migranya s'instal·lava en la seva vida gairebé un any. Va estar prenent molts medicaments i al final va ser hospitalitzada pel seu neuròleg durant una setmana, per a poder realitzar-li les proves pertinents per a saber què li estava passant. Al final van decidir anomenar al que li passava Síndrome de Migranya Vascular, migranyes que patia en major o menor mesura des de que era petita (Hustvedt, 2010: 11-13).

Es defineix en aquell moment com un ésser espantat, aplanat, deprimat i amb vòmits continuats. Fa molts anys que investiga sobre les seves sensacions d'elevació dividida, de les visions de centelleigs lluminosos i dels forats negres que veu. També relata en el seu llibre una al·lucinació que va patir una vegada: va veure a un homenet i un bou rosa al terra de l'habitació (Hustvedt, 2010: 13).

Tota aquesta simptomatologia que arrossega aquesta dona l'ha fet investigar en molts camps diferents. Ha fet recerca en paradigmes com la psiquiatria, la neurologia i la psicoanàlisi i també ha format part d'un grup d'estudi amb neuròlegs, psiquiatres, psicoanalistes i científics en la creació del camp de la neuropsicoanàlisi però bàsicament, s'ha centrat en l'estudi del seu cas fent un recorregut teòric i pragmàtic, donant recolçament a altres persones que pateixen malalties mentals greus (Hustvedt, 2010).

4.1.1. Fragments d'una auto-anamnesi

Com podem veure, el de Siri Hustvedt és un cas molt interessant. Tenim un episodi on la Siri comença a tremolar durant un acte de commemoració per la mort del seu pare i no para de fer-ho fins que no acaba de parlar. En aquell moment no sent cap emoció i a més, té la sensació d'estar *dissociada*, de ser i no ser ella al mateix temps. Aquesta última part podria estar molt relacionada amb el succés de París i amb les sensacions d'elevació divina i les visions i percepcions auditives, al·lucinatòries o no, de centelleigs, forats negres i diferents descàrregues elèctriques i formigueigs amb la peculiar visió de l'homenet i el bou rosa. És a dir, podem veure episodis que evidencien una *dissociació*, que ens mostren el poder de *l'Altre*:

"Yo soy quien oye. Soy yo quien siente, piensa, ve y habla. Aquí es donde empiezo y donde termino. Reconozco mi imagen en el espejo. Te veo a ti. Tú me estás mirando a mí. Éste es mi yo narrativo, mi conciencia, mi ser que relata. Pero no es el ser que tiembla ni al que le asaltan las imágenes del pasado."
(Hustvedt, 2010: 62).

Veiem com la Siri es pregunta per la raó del que li estava passant i a més, vol trobar respostes.

"Freud hubiera visto en mi problema una eficaz manera de protegerme frente a lo que no estaba dispuesta a reconocer" (Hustvedt, 2010: 34).

Però l'episodi més important comença amb el discurs "epilèptic" que realitza en memòria del seu pare i que repetirà convulsivament en altres conferències. Respecte al seu pare, durant el llibre va introduint episodis com aquest:

"Cuando mi padre agonizaba, pasé horas sentada a su lado. Mi padre necesitaba oxígeno para respirar y ya no podía levantarse sin ayuda. Cuando se colapsó su pulmón, los médicos lo reanimaron perforándole el pecho para inflarle el pulmón inyectándole aire. Aún recuerdo aquel agujero. Recuerdo el rostro grisáceo de mi padre en aquel hospital de Mineápolis" (Hustvedt, 2010: 33).

Evidenciem aquí la "mirada de la mort" en un pare que està agonitzant, el moment en el que intueix un fet traumàtic i vital que aviat es produirà i que ens mostra la "limitació" de l'ésser humà.

Però seguint amb el seu pare, fem atenció a un importantíssim record que comenta:

"La primera vez que temblé estaba pisando un terreno conocido. No sólo porque mi padre había dado clase muchos años en aquella universidad, también porque de niña yo había vivido en el campus, ya que mi padre, además de las clases, tenía un segundo empleo como director interno de una residencia para estudiantes varones. [...] Recuerdo cuando aprendí a montar en bicicleta una primavera en aquellos mismos terrenos y la sensación que tuve en el momento en que mi padre dejó de sujetarme el sillín y empecé a pedalear sola, un poco insegura, pero exultante por seguir erguida y sentirme libre. [...] Cuando yo estudiaba tercer grado nos mudamos a las afueras de la ciudad, pero, salvo algunos recuerdos de aquel año y

del siguiente, mi memoria autobiográfica es fragmentaria, y entre los cinco y los nueve años mis recuerdos se concentran mayoritariamente alrededor del campus de la universidad. Hay lugares que tienen poder de evocación" (Hustvedt, 2010: 109-110).

Podem veure la càrrega simbòlica i emocional que es desprèn d'un lloc que en apariència no la tindria. Entenem que el lloc on formula el text dedicat al seu pare no és un lloc "asèptic", sinó que té per a ella una gran "importància estructural". Però seguim amb el relat i anirem "desgranant" els possibles motius que s'amaguen darrere l'acte històric.

Centrem l'atenció ara amb el que es pregunta en aquest fragment perquè entenem que es podria amagar part de la causa de la seva simptomatologia:

"¿No sería que mi presencia en aquel lugar conocido desató en mí la certeza de la realidad de la muerte, la presencia de un inefable Ello? Después de todo, yo vivo en Nueva York y no veía a mi padre a diario. En Nueva York lo normal era que mi padre estuviese ausente de mi vida. ¿No sería que me topé de golpe con la conciencia subliminal de que su ausencia era permanente e irrevocable sin percatarme del cambio que se había operado en mí? ¿No serían los rostros de las personas a quienes conocía desde niña los que me retrotrajeron a mi ser anterior? ¿No tendrían algo que ver los temblores con el hecho de que en aquel momento yo ocupara el lugar de mi padre, estando literalmente de pie sobre el territorio que sentía que le pertenecía? ¿No sería la visión de aquella pradera verde rodeando la vieja mansión donde mi padre tuvo su despacho, cuya imagen ha quedado grabada en mi mente de tanto entrar y salir de él siendo niña, después jovencita y luego estudiante? Pero no fue la visión del lugar lo que disparó los temblores; fue el acto de hablar. Comenzaron con la primera palabra y finalizaron con la última. ¿Tendrían que ver con algún recuerdo concreto? (Hustvedt, 2010: 110-111).

Aquí és on fa un anàlisi important i creiem que és en aquest moment on situa l'essència del seu trastorn. Les preguntes que es fa tenen una gran importància

pel fet que el context, l'emoció i el moment esdevenen en una "teatralització somàtica" però també, perquè ella prioritza aquí el paper de parlar, "d'estar en el lloc" del seu pare, de una possible "ocupació del lloc del seu pare".

Llavors ens podem plantejar i entendre dos coses. Per un costat, evidencia en el moment de fer el discurs una *falta* important com és la del seu pare i per l'altre, es veu a sí mateixa ocupant el lloc d'ell. Entenem d'una banda que hi ha un dol que no s'ha desenvolupat per la impossibilitat potser, d'acceptar-ho. Ella mateixa reconeix que no va sentir cap emoció en el moment que van començar les tremolors i és aquest fet el que ens porta a pensar que encara no ha elaborat aquest dol. Per l'altra banda veiem que ella està ocupant el lloc d'una persona de la qual encara no ha acceptat que ja no hi és. Això podria generar un conflicte en l'àmbit de *l'ideal del jo* donat que en aquell moment està ocupant ella el lloc de *l'Altre*, un altre que li ha servit *d'ideal* constructiu i que per la seva sobrevaloració, se li fa impossible "ocupar" el lloc d'ell.

Podriem estar davant de l'essència conflictiva que va posar en marxa aquest *acte escènic* perquè entenem en aquests moments el que es mostra essencialment és una impossibilitat d'acceptar una falta, potser aquella que és estructural i que ens remet al "trauma edípic" en el moment de la inclusió de la *lleï paterna* i que queda evidentment visible per la mort del seu pare. Respecte a aquest fet, ens relata una de les últimes seqüències vitals conjuntes.

En l'última setmana que van passar junts, la mare de la Siri i ella mateixa seguien un ritual de visites a l'hospital on intentaven donar-li suport tenint molta cura d'ell, de les seves necessitats. No obstant, una nit al arribar a casa després d'una d'aquestes visites, la Siri va tindre una interessant experiència:

"En una de esas últimas noches, me acurruqué en la camita corta y estrecha en la que había dormido cuando era niña y me tapé con las mantas. Estando allí tumbada, pensé en mi padre y sentí los tubos de su respirador en mi nariz, la incomodidad que le causaban, la pesadez de su pierna coja, de la que le habían

extraído un tumor años atrás, la presión en los pulmones y, de repente, sentí el pánico y la impotencia de no poderme mover de aquella cama por mí misma y de tener que llamar a alguien para que me ayudara. No sé cuánto tiempo duró aquello, quizás sólo unos minutos, pero todo ese rato yo fui mi padre. La sensación fue horrible y abrumadora. Sentí la proximidad de la muerte, su tirón inexorable, y tuve que hacer un gran esfuerzo para regresar a mi otra vez conmigo misma" (Hustvedt, 2010: 135-136).

Seguidament continua dient que:

"No puedo saberlo en realidad, pero sospecho que cuando abrí la boca para hablar aquel día en mi pueblo natal de Northfield, la fuerte identificación que siempre he tenido con mi padre se hizo aún más intensa. Las palabras del texto que había escrito no parecían pertenecer ni a mi padre ni a mí, procedían de una tierra de nadie situada entre ambos. Uno de los temas dominantes de la novela que estaba escribiendo era el de la memoria traumática. En muchos pasajes del libro tomé prestadas las palabras de mi padre, por ejemplo, cuando relata el asesinato de un oficial japonés y otros momentos en los que registra sus recuerdos recurrentes del mismo hecho, en particular la ocasión en la que mi padre acabó temblando de pies a cabeza mientras escuchaba un himno religioso en la capilla de la Universidad de St. Olaf, no lejos de donde me encontraba la tarde en que me invadieron los temblores y creí que acabaría por desplomarme al suelo" (Hustvedt, 2010: 137).

Veiem aquí com el seu pare també va tremolar, no molt lluny d'on ella ho va fer. Però necessitem més dades i la Siri ens les facilita. Més avant, analitza un somni que ha tingut on es pregunta sobre la dualitat cos/ànima Cartesiana. Posiciona el coll com a lloc on a partir del qual, comença la dona que tremolava i es pregunta:

"¿No es el cuello el lugar donde termina la cabeza y empieza el cuerpo? ¿Y no es el enigma cuerpo/mente, ambiguo donde los haya, el tema de este libro, el mismo libro que escribo ahora, el mismo que estaba escribiendo en el sueño y que tenía que apresurarme

a terminar? Las memorias de mi padre fueron su último libro. [...] Quizás todo ello sea un símbolo lingüístico para acortar las distancias entre mi padre y yo y entre los últimos libros de ambos. También pudiera ser el símbolo de la unión en una sola voz, mi voz dentro de una garganta enferma y tumorosa, y la voz de mi padre, ahora callada para siempre. El símbolo de mis discursos y mis esfuerzos para hablar mientras temblaba y el síntoma (mi cojera o mi renquera) que en el sueño se torna una enfermedad terminal, igual que la enfermedad terminal de mi padre, que no estaba localizada en su pierna sino en sus pulmones, y que le desgarró la voz hasta sumirla en un silencio terrible y tembloroso: había enmudecido. La última vez que hablé con mi padre por teléfono, él ya era incapaz de articular palabra. La identificación puede convertirse en una herida psíquica" (Hustvedt, 2010: 140-142).

Magnífica relació simbòlica i simptomatològica que ens mostra en aquest fragment i com d'important va ser el seu pare per a ella. Normal, porta la llei.

Poc després arriba a diferents conclusions sobre els seus *atacs epilèptics*, vegem com ho articula:

"Mis ataques también podrían ser sólo una versión extrema de esa misma manifestación física de ansiedad, o sea, algo más prosaico de lo que me había imaginado [...] Aun así seguiría sin creer que yo no me hubiera echado a temblar si no hubiera estado hablando sobre mi padre o no me hubiera encontrado en aquel territorio plagado de antiguos recuerdos o si no hubiera estado delante de amigos de mi familia a los que conocía desde la infancia. Aquel día no habría temblado si no hubiera existido algún poderoso catalizador emocional oculto. Los ataques epilépticos suelen estar provocados por emociones fuertes. (Hustvedt, 2010: 201).

Cap al final del llibre arriba a conclusions i veiem com ens certifica el que aventuravem anteriorment sobre la influència del context.

4.1.2. Arguments per un auto-diagnòstic

Tot i partir d'un conflicte com a punt inicial d'un símptoma, també necessitem d'un cos on "plasmar" aquest esdeveniment traumàtic. Respecte això, fem ara atenció a aquest fragment del llibre de la Siri:

"El psicoanalista Jacques Lacan denominó ese giro en la evolución humana «la fase del espejo» (stade de miroir), para referirse al momento en que un niño observa su propia imagen y se ve desde fuera como un todo, como si se estuviera viendo a través de los ojos de otra persona [...] Sin embargo mi imagen corporal es algo consciente, compuesta por las creencias e ideas que tengo sobre mi físico. Soy gorda o delgada, fea o bonita. Soy yo como objeto, una percepción de mi cuerpo desde fuera" (Hustvedt, 2010: 59-60).

Aquí perfila molt bé com de "cosificat" està el cos i com aquest està travessat pel *significant* i conté una *significació* pròpia. Això ens deixa a la vista el "tapís" perfecte on projectar aquella *energia pulsional* que no està sent satisfeta.

La falta d'elaboració d'un dol i d'acceptació d'una "castració original" podria estar darrere d'aquest cas i més concretament, del quadre clínic que pateix la Siri. No podem tampoc obviar la idealització d'una figura que també la constitueix a ella. En *l'estadi del mirall*, tal i com apunta la mateixa Siri, ens constituïm imaginàriament en un discurs i imatge unitària que ens fa creure *narcisísticament* parlant que som éssers complerts. Aquí tenim una dona que en aquesta construcció *idealitzada del jo* té com a ideal un pare, una figura a la que ella li otorga un posicionament prioritari, superior, potser omnipotent. De sobte aquesta figura representativa ha mort i això evidencia una falta, deixa al descobert l'engany. Aquí esdevé el possible trauma o essència conflictiva on una dona supeditada i posicionada sota una figura predominant es veu davant del seu propi autoengany i amb el repte d'haver d'ocupar un lloc davant del faristol on deuria estar la "figura sense falta", "l'home poderós". Aquesta posició

tan gran d'inferioritat no faria tremolar a qualsevol persona si aquesta tingués que ocupar el lloc d'aquest Déu?

Deixem aquesta pregunta en l'aire en un moment reflexiu perquè creiem oportú donar un altre posicionament a aquest anàlisi amb un altre cas, per a què ens doni perspectiva front a la temàtica d'aquest treball.

4.2. Elisabeth von R.: La dona "fatigada"

A la tardor de 1892 un col·lega de Sigmund Freud li va demanar que examinés a una jove que li costava caminar i patia uns forts dolors de cames. Havia perdut al pare i la mare però ho portava amb una *belle indifférence*, característic de les histèriques. Caminava amb el cos inclinat cap avant i es queixava de gran dolor. Aquest dolor era definit com "*una fatiga dolorosa*" (Breuer i Freud, 1978: 151) tenint el seu focus en la cara anterior de la cama dreta, on la pell i la musculatura eren especialment sensibles a la pressió. No obstant, era la pell i els músculs de les dos cames els que patien aquesta hiperalgèsia. Tot i això hi havia un aspecte que cridava especialment l'atenció. Normalment, els pacients que pateixen aquest tipus de patologies solen reflexar el dolor que senten quan són examinats però en la jove Elisabeth von R., els crits i la seva cara expressaven plaer, amb un enrogiment d'aquesta última (Breuer i Freud, 1978).

4.2.1. Historial clínic

Era la petita de tres germanes. La mare, va patir dolències oculars i això va provocar que ella tingués una relació molt estreta amb el seu pare. Aquest vincle va ser fonamental per a què estigués descontenta amb el "rol de dona" i mostrés ambiciosos plans de futur. No obstant, va estar propera amb la seva mare i les seves germanes encara que tenia aspectes difícils en el seu caràcter. Es van traslladar a la capital i allà va ser on va ocórrer el fet traumàtic que va desenvolupar la patologia de l'Elisabeth (Breuer i Freud, 1978).

El seu pare els va amagar a tots que patia una afecció cardíaca i un dia va patir el primer edema de pulmó. Ella va ser l'abnegada cuidadora del seu pare i va ser en aquells mesos quan ella va tindre la primera afecció a la cama dreta, encara que no és fins dos anys després de la mort del seu pare que cau malalta. La mort del seu pare va ser un cop molt dur per a la família per l'aïllament social que van rebre i per la salut de la mare, que també estava molt enfeblida (Breuer i Freud, 1978).

Uns anys després de la mort del pare, la germana gran es va casar amb un home talentós i de bona família però també un dèspota de cara a la mare i la família de l'Elisabeth. La feble salut de la mare es va veure afectada i ella va sentir-se desvalguda per la impossibilitat de complir els desitjos del seu pare. La segona germana també es va casar quedant-se a prop de la mare. Van tindre un fill i van passar a ser els preferits de l'Elisabeth. Però és després d'una operació ocular a la mare que els dolors es van fer més evidents i va començar a notar dificultats per caminar. A més, desgraciadament va perdre a la seva segona germana embarassada del seu segon fill per una cardiopatia i això la va sotmetre en una gran tristesa perquè veia com tot el que havia anhelat per a la seva mare es desfeia. El cunyat, culpable i impossibilitat d'estar en una casa amb una jove soltera, va tornar amb la seva família. Per tant, totes les il·lusions i previsions de futur d'aquesta noia es van veure truncats per un destí nefast que la va recloure i segregar "*de todo trato social*" (Breuer i Freud, 1978: 159).

Va conèixer a un noi que li agradava. Havia donat algunes passejades a la tarda amb ell. Un dia va accedir a deixar el seu pare per una estona per anar a una reunió social on estava aquest noi. Va tardar en tornar a casa i en arribar, va trobar al seu pare pitjor. Això li va provocar tal nivell de culpabilitat que ja no va abandonar més al seu pare. Després de la mort d'aquest, aquell noi es va allunyar per respecte i ella va creure que "*su interés por ella había sido suplantado (...) por otros sentimientos, y de que lo había perdido*" (Breuer i Freud, 1978: 161). Aquest fet li va fer pensar a Freud que aquí podria estar el mecanisme conversiu que havia provocat tot aquest "enrenou somàtic" en l'Elisabeth però

poc després va veure que estava equivocada. Intentava trobar l'escena principal però no la trobava (Breuer i Freud, 1978).

Al poc temps l'Elisabeth descobreix que al lloc de la cama dreta on més agressiu era el dolor es situava en el mateix lloc on el seu pare descansava la cama diàriament quan ella li canviava els vendatges. A més en l'anàlisi, aquest dolor tenia una presència habitual i Freud la insistia en continuar la sessió "*hasta que el dolor fuera removido por la palabra*" (Breuer i Freud, 1978: 163). Poc a poc van anar esbrinant que segons el lloc on apareixia el dolor, tenia una significació o una altra (Breuer i Freud, 1978).

En una d'aquestes sessions analítiques amb l'Elisabeth hi ha un succés que li crida especialment l'atenció a Freud. Un dia va sortir a passejar acompanyada de diferents persones i també del seu cunyat. Havia de quedar-se amb la seva dona, la germana de l'Elisabeth, però al final va canviar d'opinió. Aquell dia l'Elisabeth va tornar molt cansada i amb forts dolors, seria aquesta la primera escena on van emergir clarament aquestes dolències. Un altre dia, recordant aquell passeig amb el seu cunyat i desitjant ser tant feliç com la seva germana va tornar a casa molt dolorida, va prendre un bany i els dolors es van instal·lar definitivament. Aquesta sensació de desvaliment per la soletat que sent i de "*no avanzar un paso*" (Breuer i Freud, 1978: 167) esdevenen el fonament simbòlic que subjau baix aquest procés *abàsic*.

Ara bé, un dia que estava en plena sessió, Freud va escoltar uns passos d'un home a l'habitació del costat i l'Elisabeth va demanar deixar en aquest punt la sessió perquè el seu cunyat havia arribat. Just en aquell moment, li van emergir de repent uns dolors molt forts. Llavors torna a recordar temps passats i com va ser per a ella de commovedor veure com el seu cunyat cuidava a la seva germana. Seguidament li ve a la memòria el passeig que ell no volia fer en un primer moment però que al final va fer amb ella on van estar parlant de tot i com a partir d'aquí, neix un desig molt fort en l'Elisabeth per posseir un home

com ell. Temps després la germana mor i el pensament aflora: "*Ahora él está de nuevo libre, y yo puedo convertirme en su esposa*" (Breuer i Freud, 1978: 171).

En aquest moment quedava tot molt clar, la defensa davant d'una representació intolerable:

"Esta muchacha había regalado a su cuñado una inclinación tierna, contra cuya admisión se revolvía dentro de su conciencia todo su ser moral. Había conseguido ahorrarse la dolorosa certidumbre de que amaba al marido de su hermana creándose a cambio unos dolores corporales, y en los momentos en que esa certidumbre pretendía imponérsele (durante el paseo con él, en aquella ensoñación matinal, en el baño, ante el lecho de la hermana) habían sido generados aquellos dolores por una lograda conversión a lo somático" (Breuer i Freud, 1978: 171).

És molt profund el relat que ens transmet Freud d'aquest cas on evidencia els dos mecanismes que subjauen sota la simptomatologia de l'Elisabeth. Tenim el fonament simbòlic de "*no avanzar un paso*" (Breuer i Freud, 1978: 167) que ens mostraria l'elecció d'aquesta regió corporal on focalitzar el seu dolor i per l'altra banda, el fet de que un afecte i desig sexual queda reprimat o censurat per la intolerància d'aquesta representació i en coalició, els dos mecanismes queden adherits significantment donant un significat personal al seu patiment (Sales, 2010).

4.3. Comparació entre els dos casos descrits: Histèria vs. Fibromiàlgia

A tall de conclusió hem vist en la Siri i l'Elisabeth dos casos en els que es pot veure la "cosificació" o nomenament d'un cos imaginàriament unificat que esdevé un *tapís* expressiu on mostrar alguna cosa que no pot ser mostrada d'una altra forma. Tenim en aquest últim cas de l'Elisabeth un quadre clínic que fàcilment des de la medicina podria ser diagnosticat com fibromiàlgia actualment donada per la simptomatologia dolorosa i la fatiga que pateix. Però

també és veritat que són els dos casos citats un fonament per a enllaçar en certa manera les dos patologies que estructurin aquest treball. Podem apreciar ara com la fibromiàlgia és una expressió histèrica donada per l'entramat inconscient que subjau "sota l'escena teatral" i com d'arrelats entre ells estan els dos casos. Podriem dir que tenim amb la Siri una histèrica del segle XXI i amb l'Elisabeth una fibromiàlgica del segle XIX, dos casos connectats amb més d'un segle de diferència. Els dos expressen un episodi conflictiu que no es pot o no es vol acceptar i en aquesta intolerància personal davant d'unes representacions inconscients, el conflicte es fa visible en un cos com a forma d'expressió possible. En aquest fet també s'enllacen factors contextuais, socials, culturals i personals, en una gran *performance* interactiva que es construeix en forma de símptoma i que seguirà transformant-se en tot allò que desitgi *l'Altre*, depenent de l'època d'aquest, i mostrant moltes vegades físicament com ha de ser un "bon súbdit".

5. CONCLUSIÓ

Després d'un recorregut històric, teòric i simptomatològic per dues malalties que han estat "icòniques" en les seves respectives èpoques, és el moment d'arribar a conclusions després d'una reflexió profunda que entenem que hem volgut fomentar. La capacitat metacognitiva que ens permet reflexionar surt en gran mesura de la capacitat que tenim per a escoltar, per a respectar l'opinió dels altres. Creiem oportú en aquesta recta final que siguin els altres els que parlin en aquest moment i que siguem nosaltres els que escoltem el que ens diuen, després d'haver estat nosaltres els que havíem parlat fins ara:

"Por fim, após abordar as duas patologias, comparando seus sintomas, fatos, assim como semelhanças entre os casos clínicos descritos por Freud e os escutados no ambulatório de fibromialgia do Hospital de Clínicas, podese lançar hipótese de que a fibromialgia não é uma doença contemporânea, mas sim um sintoma histórico contemporâneo" (Marques i altres, 2006: 275).

I en aquesta "contemporaneïtat" hi han reflexions que escoltar, que pensar. També Ruiz (2014) en el seu text deixa evidència del trasfons mèdic de la investigació sobre aquesta malaltia, on hi ha un cos femení que mostra uns interrogants en forma de patiment, de dolor. Això ho relaciona directament amb una visió analítica del cos com a:

"el cuerpo falo, tal como el cuerpo de la histérica que alude además a un principio narcisista, porque es un cuerpo incapaz de dar lugar a otro, es el cuerpo que anuncia la posibilidad de autosatisfacción, con la enfermedad como camino" (Ruiz, 2014: 22).

Però no es queda sola l'autora anterior, sinó que és recolçada per altres:

"Así pues, la histérica, en su pregunta por el ser, se responde con ser el falo de la época, asumir las enfermedades que se venden, ser los artículos que se venden."

Con esto, el mercadeo utiliza la ciencia y la ciencia es acogida por la histérica, y entonces se convierte en enfermedad o en bulimia, en anorexia, en reina de belleza, en perfume, en goce constante, para impedir la deserción del amo. Ellas, nuevamente, soportan el peso del nuevo discurso" (González, 2012: 530).

De González (2012) i Ruiz (2014) podem extreure que l'exposició que s'ha realitzat en aquest treball té un ampli recolçament per mitjà d'altres estudis que veuen la relació entre les dos patologies que han format part del nostre estudi i que ens permeten arribar a certes conclusions, que exposarem tot seguit.

5.1. Una invitació al *sentir del pacient*

Hem pogut donar a conèixer amb aquest recorregut com s'articula la histèria i com es va formular en els diferents moments històrics on la inclusió de la psicoanàlisi, canvia radicalment la visió autàrquica de la psiquiatria fins aquell moment. S'ha pogut demostrar amb dos casos pràctics i tangibles (el de Siri Husvedt i el d'Elisabeth R.) com es fonamenta la histèria en el discurs estructural d'una persona, per a projectar-se somàticament en un cos que serveix de marc "escènic". Ha quedat també evidenciat que el gaudi i el desig subjauen en el procés metafòric i metonímic que es desprèn de la simptomatologia d'aquesta malaltia i que és aquest procés el que la connecta amb la fibromiàlgia.

I en conclusió, per les evidències mostrades en aquest treball i per tot el que s'ha estat plantejant sobre les dos malalties i els dos casos exposats, podem afirmar que hi ha una clara connexió entre la histèria i la fibromiàlgia on l'essència simptomatològica no la podem trobar en una disfunció fisiològica, sinó en un procés conflictiu que queda ocult pel marc estructural que patim tots els éssers humans en tant que socials.

Entenem per tant que ha quedat demostrada i molts són els treballs que ho confirmen i recolzen (González, 2012; Ramos, 2004; Ruiz, 2014), l'essència

conflictiva que pateix especialment la dona fibromiàlgica per uns requisits sobreexigents que són marcats pels "estàndards socials". Hi ha en cada persona que pateix aquesta malaltia un succés traumàtic, dolorós, que busca un lloc on dir alguna cosa i només troba el cos, com a únic mitjà d'expressió. El camí a fer a partir d'aquí serà poder articular tot això en un discurs que serveixi com a mitjà terapèutic i procuri un lloc prioritari a les persones per a què no segueixin sent exclaus o súbdits d'un *Altre* que no els deixa l'espai suficient per a poder desitjar.

Tindriem que ser nosaltres els futurs terapeutes els que poguéssim proporcionar llocs per a què les persones es puguin expressar i ser respectades en les seves singularitats, al marge de la simple imposició de les típiques teràpies estàndards establertes prèviament. Som nosaltres com a col·lectiu professional els que tenen que anar més enllà de la simple administració de protocols. Les persones en la seva individualitat necessiten ser escoltades i tractades com el que són, éssers únics i intransferibles. Si realment volem intervenir amb la histèria del segle XXI no ho podem fer des de protocols normatius i "científicats", sinó amb la proximitat que ens brinda el treball unitari, únic i inalienable que ens permet el trànsit terapèutic per via del discurs del subjecte.

5.2. Prospectiva

Mirant cap al futur, ens sembla important un extracte d'un text que hem utilitzat en aquest treball. Com indica Fernández (2002, citat en González, 2012):

"si bien la histeria ya no aparece en las grandes crisis histéricas charcotianas, puede aparecer en la fibromialgia (síntomas sin causalidad orgánica probada), en los los que involucran insatisfacción), en la disociación (evocadora de la plasticidad histérica: Ser cualquiera o no saber quién es), en la bulimia (época de sobreabundancia de objetos de consumo para reeditar la insatisfacción), en los trastornos alimentarios, en los trastornos de personalidad histriónicos, narcisitos

y dependientes (los intratables)" (2012: 529).

Entenem que la visió o objectiu prospectiu tindria que anar dirigit a continuar en el camí que hem emprès amb aquest treball. En la simptomatologia de les malalties s'amaguen conflictes i esdeveniment traumàtics que moltes vegades són ignorats des de les visions més "normatives" o institucionalitzades. El que es deuria buscar en el futur seria la possibilitat de formalitzar teràpies i intervencions per a donar sortida a les demandes d'una "societat malalta". Així que veiem molt oportú seguir investigant i aprofundint en patologies o trastorns com els alimentaris, de personalitat o també tots aquells que formen part de les Síndromes Somàtiques Funcionals. Entenem que amb la fragmentació que es va cometre amb la histèria en el DSM-III, es va provocar que en molts trastorns i malalties psicològiques i inclús mèdiques, es pugui sospitar que entre les raons de la seva simptomatologia, hi hagi un més que possible "posicionament histèric".

Per tant, creiem necessari seguir treballant en aquest camí, intentant trobar les causes que subjauen en la "repetició" que provoca i manté els signes visibles de moltes malalties. En relació amb això, no voldria acabar aquest treball sense fer referència a un extracte del llibre de Pablo Rivarola (2011) en referència a la repetició i que es pot trobar en el suport bibliogràfic que serveix de base a l'assignatura de Teràpia Psiconalítica on ens diu:

"el subjecte és allò que es pot reconèixer entre un i un altre significant, com a efecte del discurs. El trauma que es repeteix, per tant, és el que el va comminar a "ser" en el llenguatge, el trauma que el constitueix en la pèrdua primordial del seu objecte del desig per haver de transitar pel congost del significant" (Rivarola, 2011: 21-22).

Aquest deuria ser el camí, permetre als "patidors" el suficient coneixement per a no tornar a repetir.

6. BIBLIOGRAFIA

Amoruso, L.; Bruno, M. (2012). Breve revisión de la primera conceptualización freudiana sobre la histeria. *Perspectivas en Psicología*, 7(1). Recuperat el 12 de Març del 2015 des de:

<http://201.235.255.102/~seadpsi/revistas/index.php/pep/article/view/12>

Anguera, B. (2008). La psicoanàlisi. La psicología en la primera meitat del segle XX. Segona part: escoles i sistemes psicològics, pp. 81-114. Dins de Sáiz, M. (coord.), *Història de la Psicologia*. Barcelona: UOC

Ayén, X. (2011). *Siri Hustvedt: "El deseo puede romper una pareja feliz en un instante"* [entrevista]. Recuperat el 4 de Abril del 2015 des de:

http://www.revistaenie.clarin.com/literatura/ficcion/Siri_Hustvedt_0_592141040.html

Bedó, T.; García Rocco, I. M. (1975). A propósito de la contribución de Josef Breuer a los Estudios sobre la histeria. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (1). Recuperat el 16 de Març del 2015 des de:

<http://www.apuruguay.org/apurevista/1970/168872471975140101.pdf>

Breuer, J.; Freud, S. (1978). Estudios sobre la histeria. *Obras completas*. Volumen 2. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Capellá, A. (1996). *La Histeria y lo Obsesivo: Análisis de la Clínica Psicoanalítica*. Barcelona: Herder.

Cazabat, E. (2005). Evolución histórica del concepto de disociación. *Solvey, P y Ferrazano de Solvey, R.(comp.) Terapias de Avanzada*, 5. Recuperat el 12 de Març del 2015 des de:

http://erikdesoir.be/files/evolucion_historica_del_concepto_de_disociacion.pdf

Evans, D. (1998). *Diccionario Introductorio de Psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1976). Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III). *Obras completas*. Volumen 16. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria (Dora). Tres ensayos de teoría sexual y otras obras. *Obras completas*. Volumen 7. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Freud, S. (1987). *Sexualidad infantil y neurosis*. Madrid: Alianza editorial.

Freud, S. (1992). *La interpretación de los sueños*. Barcelona: Editorial Planeta - De Agostini, S. A.

Fuentes, J. C. (2013). Psicoanálisis y medicina: divergencias propedéuticas en el ámbito de la salud mental. *Docta Ignorancia Digital: Revista de pensamiento y análisis*, (4), 59-67. Recuperat el 15 de Març del 2015 des de:

<http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4722136.pdf>

Garrabé de Lara, J. (2006). Historia conceptual de la histeria. *La psiquiatría en el siglo xxi: realidad y compromiso*, V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A. C.. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Recuperat el 16 de Març del 2015 des de:

<http://www.apalweb.org/docs/realidad.pdf#page=289>

González Ortega, L.. (2012). Nuevas formas de histeria: globalización del mercado y repunte de la histeria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 521-535. Recuperat el 9 de Març del 2015 des de:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014600263>

Higa, N. (s.d.). Charcot: un abordaje a su figura y sus conceptualizaciones sobre la histeria. *Biblioteca Internacional Virtual de Hipnosis Científica y Sanitaria*. Recuperat el 6 de Març del 2015 des de:

http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d5001383/Higa-Charcot_abordaje_figura_conceptualizaciones_histeria.pdf

Hustvedt, S. (2010). *La mujer temblorosa o la historia de mis nervios*. Barcelona: Anagrama.

Lacan, J. (1987). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11: Las formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1999). *El seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan. libro 1: Los escritos técnicos de Freud* (14a ed.). Buenos Aires: Paidós.

Marques, T. K.; Slompo, S.; Bernardino, L. M. F. (2006). Estudio comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (2): 263-278. Recuperat el 4 de Març del 2015 des de:

http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volum_e09/n2/estudo_comparativo_entre_o_quadro_clinico_contemporaneo_fibromialgia_e_o_quadro_clinico_histeria_descrito_por_freud_no_seculo_xix.pdf

Ramos García, J. (2004). *Fibromialgia. ¿La histeria en el capitalismo de ficción?*. Recuperat el 4 de Març del 2015 des de:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=864466>

Redueles Olmedo, G. (2004). Ventajistas: de la fibromialgia a la histeria pasando por la simulación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(90), 75-81. Recuperat el 9 de Març del 2015 des de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a06.pdf>

Rivarola Padrós, P. (2011). *Teràpia psicoanalítica: Introducció a la teoria psicoanalítica*. Barcelona: FUOC.

Ruíz Rodríguez, D. M. (2014). *La fibromialgia como entidad nosológica médica y su relación con el sufrimiento de la mujer*. Treball final de Carrera. Facultat de Psicologia. Universidad de San Buenaventura (Docente asesor: Diego Fernando Mercado Lenis). Recuperta el 10 de Març del 2015 des de:

<http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/handle/10819/2293>

Sales, L. (2010). Dolor corporal y afectos. A propósito de un caso de fibromialgia. *De la angustia y otros afectos. VI Jornadas de Intercambio en psicoanálisis (2007)*. Barcelona: Gradiva, Associació d'Estudis Psicoanalítics. Recuperat el 9 de Març del 2015 des de:

<http://www.gradivabarcelona.org/Luis%20Sales%20Dolor%20corporal%20y%20afectos.pdf>

Villalpando, M. I. B.; González, A. A.; Sotres, J. F. C.; Manning, H. G. (2005). La fibromialgia: ¿ Un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28(6), 41-50. Recuperat el 9 de Març des de:

<http://inprf.bi-digital.com:8080/handle/123456789/1970>

Villanueva, V. L., Valía, J. C., Cerdá, G., Monsalve, V., Bayona, M. J., & Andrés, J. D. (2004). Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(7), 50-63. Recuperat el 22 de Març del 2015 des de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n7/revision2.pdf>