

LOS IDIOMAS DEL CUERPO: UN ESTUDIO DE CASO SOBRE UNA PACIENTE CON EPILEPSIA BIFOCAL FÁRMACORRESISTENTE

Carlos Andrés Mesa Garza

RESUMEN

El autor del presente trabajo realiza un estudio de caso teórico-clínico acerca de un paciente que presenta un cuadro epiléptico bifocal fármacorresistente, detectable en el encefalograma, alternado con pseudocrisis epilépticas (histeroepilepsia), lo que lo lleva a cuestionarse, por un lado, sobre el alto porcentaje (30%) de pacientes epilépticos fármacorresistentes y su relación con los trastornos psicósomáticos; así como sobre la combinación en un mismo paciente de dos niveles de funcionamiento psíquico: uno narcisista no neurótico (las epilepsias como un trastorno psicósomático) y un funcionamiento neurótico histérico conversivo (las pseudocrisis). La importancia de dicho trabajo reside en el aumento en la consulta de pacientes con trastornos narcisistas no neuróticos, en los que se encuentran los trastornos psicósomáticos, así como en el difícil manejo (y alto porcentaje) de los pacientes epilépticos refractarios, que desde la neurología y la psiquiatría han representado un reto no resuelto y donde la clínica psicoanalítica tiene un saber por aportar.

Palabras clave: epilepsia; convulsiones; trastornos psicósomáticos; histeroepilepsia; pseudocrisis; psicoanálisis; psicoterapia; psiquiatría; neurología.

ABSTRACT

The author of this paper builds a theoretical and clinical case study, based on a patient presenting with drug resistant bifocal epilepsy, detectable by

Psicólogo, por la Universidad Metropolitana de Monterrey; Master en Psicoterapia Psicoanalítica, por la Asociación Regiomontana de Psicoanálisis, componente de la IPA; Doctorante en Psicología con orientación en Clínica Psicoanalítica, por la Universidad Autónoma de Nuevo León.

E-mail: carlos_mesa@live.com.mx

EEG, that alternates with epileptic pseudoseizures (hystero-epilepsy) that rises the question on one side, about the high percentage (30%) of drug-resistant epileptic patients and its relationship with psychosomatic disorders; and, on the other, the combination of two levels of psychic functioning with the same patient: a non-neurotic narcissist (epilepsy as a psychosomatic disorder) and a functioning neurotic hysterical conversive operation (the pseudoseizures). The importance of this work lies in the increased consultation of patients with non-neurotic narcissistic disorders, among which are psychosomatic disorders, as well as the hard-to-handle (and high percentage of) refractory epilepsy patients, that have presented an unresolved challenge to Neurology and Psychiatry and where the psychoanalytic clinic has the knowledge to contribute.

Keywords: epilepsy; seizures; psychosomatic disorders; hystero-epilepsy; pseudoseizures; psychoanalysis; psychotherapy; psychiatry; neurology.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos psicossomáticos han sido objeto de múltiples estudios desde distintas ramas de la ciencia. La medicina ha oscilado entre dos posturas opuestas desde la antigua Grecia, una enfocada en el estudio mecánico de la lesión anatomofisiológica y otra holística y dinámica que incluye la historia del sujeto y su personalidad (Otero & Rodado, 2004) Por su parte, el efecto de lo psíquico en lo corporal ha sido un tema central en la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis y han sido numerosas las investigaciones al respecto que han tratado de dar luz sobre la etiología, curso y tratamiento de dichas afecciones de forma general.

Particularmente en la teoría psicoanalítica, el estudio de las afecciones físicas por causas psíquicas ha estado presente desde sus albores. Si bien es cierto que Freud no hizo referencia explícita al campo de lo psicossomático y por ende no formuló una hipótesis con respecto a dichos trastornos, también es cierto que Freud siempre tomó en cuenta la estrecha relación psique-soma y la utilizó para comprender a sus pacientes. Prueba de ello es el concepto freudiano de “Trieb” (pulsión) que reviste justamente este interjuego unificador de lo biológico y lo psíquico (Freud, 1905) y que va más allá del “Instinkt” (instinto) meramente corporal fisiológico. Aún más allá, sus hipótesis sobre la histeria conversiva han sido medulares en la comprensión de las afecciones psicossomáticas, para diversos analistas, principalmente de corte kleiniano (Chiozza, 1976).

Por su parte la epilepsia ha sido una enfermedad que ha estado en el centro de la atención de los seres humanos desde su aparición por sus síntomas extravagantes; primero fue relacionada con poderes divinos y/o diabólicos, para después pasar al terreno de las enfermedades mentales y solo tras el fracaso de la psiquiatría transitó al terreno de la neurología, donde hasta el día de hoy se mantiene, no sin serias dudas sobre su alto porcentaje de pacientes refractarios al tratamiento farmacológico, a pesar de los grandes avances en el diagnóstico preciso, gracias a los electroencefalogramas y las resonancias magnéticas.

El psicoanálisis, por su parte, no ha sido ajeno al estudio sobre las epilepsias, desde Freud (1928) en su famoso trabajo sobre Dostoyevski, pasando por Ferenczi (1929/1989) hasta Enrique Pichón Riviere (1944), por mencionar algunos, ha mostrado un constante interés en la comprensión dinámica, etiológica y terapéutica de dicha enfermedad.

La propuesta del autor es, por lo tanto, integrar los nuevos conocimientos que desde la teoría y la clínica psicoanalítica han aportado importantes autores al estudio sobre la psicósomática, tales como McDougall (1991), P. Marty (1992), P. Aulagnier (1991), Sami-Ali (1974), Aisemberg (2001, 2005), etc. Al estudio particular de la epilepsia.

ALGUNAS CONSIDERACIONES PRELIMINARES SOBRE LA EPILEPSIA

La epilepsia es una enfermedad con una alta incidencia en la población, 6,4 por cada 1,000 (Arroyo, 2000), y según un estudio reciente (2012) realizado en población mexicana y publicado en la revista de Neurología afirma que:

En la actualidad, a pesar del advenimiento de nuevos fármacos antiepilépticos, la frecuencia de epilepsia resistente al tratamiento no se ha modificado y fluctúa entre el 20 y el 30%. La evidencia científica previa establece que sólo el 11% de los pacientes que no responden al primer FAE (prescripción adecuada y tolerada) alcanzará la libertad de crisis en el seguimiento a largo plazo. Ya se sabe que los pacientes con epilepsia farmacoresistente tienen mayor riesgo de morbimortalidad, discapacidad y disfunción psicosocial, además de una calidad de vida insatisfactoria y notoria comorbilidad psiquiátrica; todos estos factores tienen un fuerte impacto social, económico y familiar (Martínez-Juárez, 2012, p. 162).

El alto porcentaje en el fracaso de la farmacología antiepiléptica, a pesar de los enormes avances tecnológicos, así como el fuerte impacto en la vida del sujeto enfermo y su familia, son sin lugar a dudas un llamado a enfocar el tratamiento desde una perspectiva radicalmente diferente.

La neurología ha llegado incluso a revalorar la importancia de un correcto diagnóstico que diferencie las crisis “reales” de las llamadas de origen “psicógeno”; sin embargo la presencia de ambas en un solo sujeto representa, de por sí, un reto diagnóstico y una paradoja importante a considerar, aun así esta diferenciación diagnóstica representaría solo el 25% de los casos refractarios (Arroyo, 2000), por lo que un tratamiento alternativo al ofrecido desde la neurología se presume imprescindible.

Sin lugar a dudas el cuerpo teórico del psicoanálisis ofrece una alternativa para la comprensión etiológica, dinámica y de tratamiento para la epilepsia.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Ficha descriptiva

- Nombre: “Teresa”
- Edad: 21 años.
- Sexo: femenino.
- Lugar de nacimiento: Estado del sur de México.
- Religión: católica.
- Escolaridad: Licenciatura.
- Referida por: Neurólogo.

Historia clínica

Teresa acude a psicoterapia recomendada por un compañero. Cuando llegó a mi consulta acababa de abandonar un “psicoanálisis” en el que estuvo por alrededor de 5 meses, mismo que abandonó por sentir que habían invadido su espacio (como se pudo ver sesiones más adelante) ya que el terapeuta recibía en ocasiones a los padres de la paciente en su consulta para tratar temas sobre la forma de relacionarse con su hija y con intenciones de recomendar tratamiento para la mamá de la paciente.

Refiere como motivo de consulta que sus médicos le han comentado que tiene una depresión y “problemas de conversión epiléptica”. Al momento de iniciar las entrevistas la paciente sostenía a la par consultas con el neurólogo (quien la refiero con el psiquiatra por considerar que, a pesar de que existe una lesión cerebral, “las crisis” actuales son en su mayoría “conversivas”), el psiquiatra y una psicoterapeuta familiar. A los dos últimos los abandonó poco después de iniciado el tratamiento conmigo. Al primero argumentando que estaba sobre medicada y esto le estaba ocasionando que le salieran moretones, que aparentemente confirmo la dermatóloga como causa de los mismos, además de que se sentía muy dopada y con muchos “efectos secundarios” que ella adjudicaba a los medicamentos; a la segunda la abandonó ya que sentía que con ella estaba “tres contra uno”, es decir, Teresa sentía que la psicoterapeuta se había aliado con la hermana y la mamá y la atacaba durante las sesiones de terapia familiar.

Teresa es una joven de 21 años, estudiante del último semestre de psicología. Originaria de un estado del sur del país, es la menor de un matrimonio con dos hijas. Su madre ha estado ausente emocionalmente desde que Teresa nació. Teresa creció en la casa de los abuelos maternos, donde vivió junto con su madre y su hermana hasta los 8 años aproximadamente, sin embargo, estaba a cargo de su niñera y no recuerda casi nada sobre esta etapa de su vida, salvo que quería mucho a sus abuelos y a su niñera.

Los recuerdos respecto a su madre se reducen a que ella trabajaba y se iba de la casa y “llegaba cansada y se encerraba”, recuerda que ella corría a abrazarla y la madre no correspondía el abrazo, por el contrario, Teresa afirma que no puede olvidar esa cara de su mamá, “como de odio”. Ya de adolescente, Teresa se entera que su mamá enfermo de cáncer cuando ella tenía alrededor de 6 años y esto le lleva a generar una hipótesis sobre el fuerte lazo entre su mamá y su hermana, quien “al ser 3 años mayor pudo hacerse cargo de mi mamá, y ella la vio como la fuerte y quien la apoyó”.

El padre de Teresa ha estado ausente físicamente durante prácticamente toda la vida de la paciente, por cuestiones laborales; sin embargo, ella lo siente como su aliado en la familia y mantiene una constante comunicación vía celular con él, aunque cuando Teresa siente que el papá toma lado por

su mamá en las discusiones entre Teresa y ella le reclama “el que se meta” pues “él nunca ha estado ahí”. El padre de Teresa cambia constantemente de residencia por su trabajo y solo vivió con su familia por un periodo breve de 4 años (cuando la paciente tenía 8 y hasta los 12 años) tras renunciar a su trabajo y establecer un negocio en la ciudad natal de Teresa; luego de fracasar el negocio y por la necesidad de los medicamentos de la esposa, el padre vuelve a trabajar en su empleo anterior y vuelve a cambiar de residencia. Durante estos cuatro años, la mamá de Teresa volvió a enfermar de cáncer y este fue el motivo por el cual el señor, afirma, retomó su trabajo anterior, ya que los medicamentos los cubre el SGMM.

La relación entre los padres de Teresa nunca ha sido buena. Antes de su nacimiento, su padre estaba envuelto en severos problemas de alcoholismo, lo que le traía constantes problemas con su esposa. El divorcio es un tema que ha estado en el ambiente de manera constante. Teresa recuerda una ocasión en el que tras discutir muy fuerte, el papá iba a golpear a su mamá y ella se interpuso para evitarlo, recuerda también que su hermana y ella estaban del lado de su mamá, que se habló del divorcio y que ellas querían estar con su mamá, sin embargo no recuerda que edad tenía, solo que estaba muy chica. La abuela le comentó a la paciente que cuando ella estaba recién nacida sus papas se separaron por algún momento, pero que después el papá volvió pidiendo perdón, por lo que Teresa piensa que su papá es muy “explosivo” en la relación con su mamá.

El padre de Teresa afirma que al verla a ella recién nacida decidió dejar de tomar, se enroló en alcohólicos anónimos y dejó de hacerlo al poco tiempo de nacida.

Por otro lado Teresa tiene una relación conflictiva con su hermana, quien es tres años mayor, y piensa que las crisis de Teresa son “puras chiflaciones para llamar la atención”. Por su parte Teresa piensa que su hermana le puede tener envidia, y la considera falsa y manipuladora.

En la familia existe una fantasía compartida, en la que llegará el día en que el papá deje su trabajo actual (o se jubile) y se venga a vivir a Monterrey con ellas, en una casa que van a mandar a construir, donde van a vivir todos juntos y “van a ser muy felices”. El diseño de la casa lo hicieron entre todos e incluye, paradójicamente, “una puerta que comunica el cuarto de las hermanas”.

Teresa vivió la muerte de su abuela materna muy de cerca, recuerda que cuando ella tenía alrededor de 7 años quería irse a dormir y le pedía a su mamá que fuera a acostarse con ella. Como la mamá no quería, la abuela se fue a acostar con ella, después solo recuerda que su mamá y su tía estaban gritando, agitando y estrujando a su abuela para que despertara y la abuela no respondía, recuerda que la mamá empezó a llorar inconsolablemente y le dijo que se fuera del cuarto, “sentía que me estaba regañando, que yo había hecho algo mal” dice Teresa.

La vida de Teresa se encuentra marcada por varios hechos que ella misma considera traumáticos, el primero de ellos es no haber crecido con su papá, después la enfermedad de la mamá y el rechazo que ella sentía que su mamá le hacía y le hace; el “evidente” favoritismo de la mamá para con su hermana, la muerte de su abuela materna, y un juego sexual con su primo, del que se siente muy culpable, así como un aborto que tuvo la mamá.

Los síntomas de Teresa son múltiples y variados, además de la evidente depresión y de las “pseudocrisis” y las crisis epilépticas “reales”, Teresa ha presentado episodios breves de autoagresión (cortándose con vidrios en las piernas), ideación suicida, despersonalizaciones, sensación de estar soñando, episodios breves de anorexia, frigidez y ejercicio autodestructivo.

Evolución del tratamiento

Las vicisitudes del tratamiento están marcadas por algunos cortes, durante los primeros tres meses la característica esencial del tratamiento estaba, como es de esperarse, centrada en la creación y el fortalecimiento de la alianza terapéutica. Era evidente la sobrecarga emocional con la que Teresa llegó al tratamiento, tenía una enorme necesidad de hablar, de ser escuchada, de descargar por alguna otra vía que no fuera más un acto (una crisis epiléptica, un corte, una pelea). Le propuse de inicio vernos dos veces por semana, a lo que la paciente se negó argumentando dificultades en el tiempo, sin embargo fue posible aumentar a dos frecuencias semanales después de un mes y a partir del tercer mes se acordó un contrato de tres veces por semana, cara a cara.

Las dificultades para establecer la alianza terapéutica se definieron a través del problema en la autoestima de la paciente y sus rasgos

masoquistas, por lo que todos mis intentos de aliarme con ella eran interpretados de forma inconsciente por la paciente como una tontería de mi parte, es decir, la paciente respondía a mi acercamiento devaluándome por aceptarla, por el contrario, si no mostraba apoyo, la paciente lo interpretaba como una alianza con su familia, donde el problema “es ella”. La interpretación de esta dinámica fue lo que permitió el acercamiento con la paciente.

Por otra parte, al año de iniciado el tratamiento sobrevino un cambio generado por una rectificación subjetiva de la paciente, quien empezó a aceptar que tanto sus crisis, como diversos síntomas (como la sensación de estar soñando) pueden estar causadas por “aspectos emocionales” y no por causas fisiológicas o efectos secundarios de los medicamentos.

Las dificultades a lo largo del tratamiento fueron numerosas, la primera de ellas giró en torno al uso inconsciente que Teresa hacía del tratamiento, empleándolo como una forma de reclamarle a sus padres y colocarse en una postura victimizante.

Por otro lado se encuentran los constantes intentos de la familia por invadir el tratamiento de Teresa, tratando de que yo rompa la confidencialidad y tome lado por ellos, como una forma de boicotear el tratamiento de Teresa, de invadir su espacio y de arrastrarme en la patología familiar.

Por último la reacción terapéutica negativa se presentó como una constante durante el primer semestre del segundo año del tratamiento, donde cada pequeño avance venía seguido de una fuerte recaída.

A pesar de estas dificultades Teresa ha respondido muy bien al tratamiento, ha encontrado un espacio donde puede ser ella, donde no se siente juzgada ni criticada, donde ha podido descargar a través del habla lo que antes descargaba en actos. El número de sesiones le ha permitido sobrepasar el mero relato del quehacer diario, y ha permitido que pueda empezar a mirar hacia adentro de ella misma. La comprensión de la dinámica de sus crisis y avisos se ha visto reflejada en un mayor control y una disminución parcial de las mismas. La contención y holding del tratamiento le han permitido empezar a digerir sus propias emociones, ha podido empezar a comprenderlas y simbolizarlas, es decir, hay un aumento en su vida fantasmática.

Algunos aspectos a resaltar sobre el caso

Durante todo el tratamiento se trabajó con la construcción y elaboración de varios aspectos que se consideraron claves y que para fines de la estructuración de este trabajo se han dividido en subtemas que remarcan la importancia de dichos aspectos.

La relación de la madre con sus hijas

En la familia materna de Teresa varios miembros han padecido cáncer (la abuela, una tía, la propia madre en dos ocasiones); sin embargo, la enfermedad se maneja como un tema tabú, por lo menos en lo que respecta a Teresa, ni la mamá, ni la abuela, le contaban sobre las enfermedades o las muertes de familiares o dudas que ella tenía sobre ciertos aspectos de su propia historia.

Lo que resulta evidente es que la mamá de Teresa es incapaz de hablar sobre su cáncer, y aún a pedido expreso de la paciente, la mamá encuentra siempre la forma de evadir el tema y, cuando no lo hace, es indudable la desorganización que le provoca, al igual que al hablar sobre la muerte de su propia madre.

La mamá de Teresa se ha mostrado muy agresiva con la paciente, constantemente la devalúa y la exhibe con el resto de los familiares e incluso con los amigos de Teresa. Frases como “te vas a quedar sola”, “nadie te va a querer”, “estas mal Teresa”, “lo dice porque te quieren sacar dinero” (en referencia a un halago del entrenador de baloncesto de la paciente), “ya saben cómo es Teresa, no hace nada” son constantes en la vida de Teresa.

Por otro lado la madre de Teresa hace constantes invitaciones a que se “una a ellas”, le dice que: “tienes que cambiar y ser como nosotras, estamos aquí solas y solo nos tenemos a nosotras” dice la mamá de Teresa en referencia a la ausencia del padre y a su concepción de que “los amigos no existen”, por lo que “solo queda la familia”.

Constantemente le reclama el que no trabaje, pero cuando Teresa esta por conseguir algún trabajo empieza a devaluar el posible nuevo empleo: “como vas a ir hasta allá”, “pagan muy poquito”, etc.

Por otra parte, la hija mayor, quien si trabaja, mantiene una relación simbiótica con la madre, mensajeando y hablando por teléfono

constantemente mientras ella está en el trabajo y durmiendo en el mismo cuarto y en la misma cama con la mamá. Los fines de semana suelen pasarlo juntas y dependiendo del momento incluyen o no a Teresa en sus actividades del fin de semana.

El único momento en el que se Teresa siente cercana a su mamá es después de una convulsión o durante crisis de ausencia, donde la mamá se muestra asustada y le pasa la imagen de la virgen de Guadalupe o agua bendita por el cuerpo.

El padre ausente

El papá de Teresa ha llegado a expresar que se siente “entre la espada y la pared” y “no saber a quién creerle” pues todos los días recibe mensajes de su esposa y de su hija con versiones distintas sobre las peleas. Lo que lo lleva en muchas ocasiones a dejar que ellas se las arreglen solas, sin intervenir ante el llamado de ninguna de las dos.

La culpa que invade al señor y su distanciamiento físico impidieron que se involucrará en la crianza de sus hijas y que pudiera ejercer su rol paterno de castración de la relación simbiótica de la madre con sus hijas.

En muchas ocasiones pareciera que la relación que tiene con su esposa es más bien de una tercera hija a quien debe hacer entrar en razón.

La sombra de la soledad

Los temas de unidad familiar y soledad rondan constantemente en la familia, pareciera que la pregunta gira en torno a ¿Quién se va a quedar solo? ¿Teresa? ¿la mamá? ¿el papá? ¿O van a lograr la unidad fusional deseada?

Ambos padres han intentado contactarme, la madre lo hizo llamando a la clínica y solicitando hablar conmigo, lo que me comunicó la secretaria y a lo que no accedí, considerando las circunstancias del tratamiento. Lo que se acordó, previa autorización de la paciente, fue que la secretaria pudiera, a solicitud de la madre, confirmar la asistencia o no de Teresa a la sesión.

Por su parte, el padre consiguió mi número celular y se comunicó directamente conmigo, se trabajó en hacerle saber la confidencialidad del tratamiento y que Teresa sería notificada de esa llamada.

Los mensajes del aura

Un síntoma en particular saltó a la escena central del tratamiento, durante los momentos previos a una crisis, cuando Teresa empezaba a desconocer el lugar en el que se encontraba y empezaba a sentir miedo, acto seguido comenzaba a maldecir, “chingada madre” aparecía como la maldición que inauguraba su ira.

Las vacaciones y su angustia de separación

Teresa inicio su tratamiento a mediados del segundo semestre del año, para diciembre, es decir, con aproximadamente tres meses de tratamiento había que tomar dos semanas de vacaciones, como estipulaba la clínica. Teresa empezó a sentir una gran angustia y decía “no sé si voy a poder, no sé si voy a aguantar dos semanas, que voy a hacer si todo se pone mal, no creo poder aguantar”.

Esta intensa angustia de separación se repitió durante cada periodo vacacional, incluso cuando era ella quien tomaba vacaciones y no yo.

Pseudocrisis y crisis reales

Es importante recalcar, que durante los constantes estudios que se le realizaron a la paciente, fue posible, según palabras del neurólogo, detectar una lesión cerebral en el lóbulo temporal y lateral de la paciente, lo que le provocaba las convulsiones y de igual forma fue posible detectar pseudocrisis durante los estudios.

Una vez iniciado el tratamiento conmigo, se suspendió todo medicamento psiquiátrico (antidepresivos, ansiolíticos y somníferos) y se mantuvieron durante todo el tratamiento los fármacos anticomiciales.

DISCUSIÓN

¿Cómo un psicoanalista de hoy no se sentiría llegado a eso, a tocar la palabra, cuando su experiencia recibe de ella su instrumento, su marco, su material y hasta el ruido de fondo de sus incertidumbres? J. Lacan, Escritos I

En los pacientes con trastornos somáticos es común encontrar en algún momento del tratamiento o incluso desde un inicio un funcionamiento psiconeurotico, que convive con el funcionamiento no-neurótico (Aisemberg, 2005, 2007, 2008), hecho que resulta evidente en el caso de Teresa, en la combinación de las crisis reales y las pseudocrisis que presenta. Es decir, a la par de la existencia de un funcionamiento neurótico expresado de forma histérica a través de las pseudocrisis, convive en la misma paciente un funcionamiento narcisista no-neurótico expresado por medio de las crisis epilépticas reales, mismas que, como Freud (1894, 1895) señalara, están relacionadas con la cantidad de excitación somática que no se ha podido transformar en pulsión, que no tienen un registro psíquico y que hacen cortocircuito al soma. La falta significativa de la castración, patognomónica de las psiconeurosis, es diferente de la falta de representaciones resultante del vacío psíquico. Sin embargo ambas pueden convivir en un mismo sujeto: como en una Piedra de Rossetta, el cuerpo puede expresarse de distintas maneras y es trabajo del terapeuta comprender el sentido de las distintas formas de expresión, que nos hablan de distintas formas de funcionamiento (Fischbein, 2000).

Ya Freud (1895) nos había advertido del doble funcionamiento psíquico, al hablar de las neurosis mixtas, donde, segundo Laplanche e Pontalis,

las neurosis rara vez se presentan en estado puro: este hecho ha sido ampliamente reconocido por la clínica psicoanalítica. Así, por ejemplo, se insiste en la existencia de rasgos histéricos en la raíz de toda neurosis obsesiva y de un núcleo actual en toda psiconeurosis. Los llamados, desde Freud, *casos-límites*, como afecciones en las que intervienen simultáneamente componentes neuróticos y psicóticos, atestiguan también la imbricación de las estructuras psicopatológicas... la noción de neurosis mixta [...] implica la posibilidad en un caso clínico complejo, de determinar la parte que corresponde a cierta estructura o mecanismo” (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 249).

En el caso de Teresa es posible reconocer el funcionamiento psiconeurotico, relacionado con el inconsciente reprimido (Aisemberg, 2008) en las pseudocrisis histeroepilépticas relacionadas con la conflictiva edípica, y los fuertes sentimientos de culpa, por el deseo de la muerte de la madre, deseo que se vio “realizado” en la muerte de la abuela materna,

de la cual Teresa se culpa “si no se hubiera ido a dormir conmigo, no hubiera pasado”.

Sin embargo, el tratamiento avanzaba y yo mantenía un sentimiento de insatisfacción con respecto a los éxitos obtenidos del tratamiento: por más que se analizaba la conflictiva edípica y todo lo que le rodea, las crisis no cedían, incluso llegó a generarse un aumento en las crisis reales, según los registros del neurólogo, quien reconocía por su parte la disminución de las pseudocrisis, por lo que optó por un procedimiento quirúrgico: un estimulador del nervio vago, para controlar las crisis reales.

Saltaba una pregunta: ¿Por qué la disminución de las pseudocrisis generó un aumento en las crisis reales? Y sobre todo: ¿Por qué surgía en mí un sentimiento de insatisfacción sobre los logros del tratamiento?

Una vez realizada la operación las crisis continuaron con una disminución parcial no significativa, incluso varias de las crisis que eran catalogadas como pseudocrisis, la viscosidad del síntoma era evidente y entender el sentimiento de insatisfacción, la profunda viscosidad y la relación entre el descenso de las pseudocrisis y el aumento de las crisis reales se tornaba fundamental.

A partir de esto empecé a clarificar que, aunque los síntomas neuróticos clásicos estaban presentes, no eran lo principal de la conflictiva de la paciente, a lo sumo presentaban un valor secundario y en primer plano se encontraba la problemática narcisista, donde “el sentimiento de impotencia es nítido. Impotencia para salir de una situación de conflicto; impotencia para amar, para sacar partido de las propias capacidades, para aumentar sus conquistas o, cuando esto se consigue, insatisfacción profunda con el resultado” (Green, 1986, p. 214) tal como le ocurría a Teresa en su vida y contratransferencialmente a mí en la situación terapéutica.

Pude entonces detectar una *depresión de transferencia*, tal cual como la describe Green (1986), donde lo que se revela es la repetición de una depresión infantil. Depresión que normalmente no es detectada por el entorno, pero que no impide que las relaciones de objeto que realiza el sujeto se tornen sumamente conflictivas.

Este nuevo entendimiento me llevaba a un nuevo terreno, el predominio del funcionamiento no-neurótico o narcisista, relacionado con el trauma, que ante la imposibilidad de ser representable para

el psiquismo descarga el exceso de energía a través del soma (Eckell, 2005) y con “duelos no procesados de ellos mismos o de sus objetos de identificación” (Eckell, comunicación personal, 04 de junio 2015).

Las crisis reales aparecían entonces como una repetición de un exceso que desborda al aparato psíquico y se descarga en el soma, producto de un trauma temprano; el trabajo de construcción, en el tratamiento, nos permitió entender que dicho trauma estaba dado por la repentina desinversión que la madre hizo de su hija, por los duelos no procesados de ella (de la madre de Teresa), motivada por los conflictos de la madre con su esposo que los llevo a una separación en los primeros meses después del nacimiento de Teresa, lo que dejó en un estado depresivo a la madre. Esta dinámica descrita por Green (1986) como el complejo de la madre muerta, donde lo que existe es un duelo/angustia blanca, producto de la amenaza del abandono y de sentimientos de vacío. La difícil relación de Teresa con su madre es producto de un odio secundario, consecuencia y no causa de esta angustia blanca, que traduce la pérdida experimentada en el nivel del narcisismo.

Esto me ha llevado a concordar con la hipótesis de Colás (2001, p. 149), quien piensa “al cerebro como un órgano soporte de funciones mentales, que necesita ser investido y sostenido narcisísticamente por el otro, la madre; y cuyo fracaso en ese reconocimiento puede dar lugar a crisis epilépticas, muy cercanas a crisis psicóticas, existiendo ansiedades pregenitales relacionadas a la muerte, tanto propia como de otros y que son percibidas tan peligrosas que necesita descargarlas en el cuerpo”.

La madre de Teresa fue incapaz de digerir y metabolizar las necesidades emocionales y físicas de su hija (Bion, 1962), la desinviestió y por ende la dejó a la deriva, sin un entorno contenedor que diera sentido a sus angustias, lo que, como dice F. Dolto (1984), este déficit termina por ser expresado corporalmente.

CONCLUSIONES

Existe en Teresa un doble funcionamiento psíquico, por un lado un funcionamiento neurótico, reflejado en las pseudocrisis epilépticas y por el otro un funcionamiento narcisista no-neurótico evidenciado, principalmente, en su patología somática.

Las pseudocrisis de Teresa residen en su conflictiva edípica, la rivalidad con su madre, deseos incestuosos e intensos sentimientos de culpa.

Las crisis epilépticas, donde la descarga es comprobable, estarían en relación con el funcionamiento narcisista, donde el trauma temprano y los duelos congelados de los objetos de identificación generaron un cortocircuito en el soma.

A partir de esto podemos concluir que la epilepsia es una enfermedad psicosomática, producto en ocasiones de una histeria muy grave, en otras de traumas tempranos y, en un tercer caso, producto de una combinación de ambos factores, como es el caso de Teresa.

De esto se desprende que existen distintos idiomas en los que el cuerpo habla: como en una Piedra de Rossetta, coexisten en su expresión distintos idiomas y la comprensión de uno de estos nos ayuda a entender al otro y viceversa.

Existe una bi-direccionalidad entre la depresión y la epilepsia.

La depresión de los epilépticos es producto de la identificación con una “madre muerta” que aún vive.

Al ser la epilepsia una enfermedad psicosomática, el sufrimiento psíquico queda en primera instancia silenciado, para centrar la atención solo en lo orgánico.

Es tarea del terapeuta sostener al paciente y ayudarlo a digerir y metabolizar sus necesidades emocionales y físicas, para que este pueda poco a poco comprenderlas y tolerarlas.

En lo que respecta al trauma temprano es tarea del terapeuta escuchar y estar atento a su contratransferencia, lo que le permitirá construir los vacíos en la historia, tal cual como Freud (1937) recomendaba en su trabajo de “construcciones en psicoanálisis”.

La tarea del terapeuta, una vez incrementadas las capacidades yoicas del paciente epiléptico, será devolver a la vida a esa parte del paciente identificada con la madre muerta, para después llevar al paciente a transitar por el camino de la separación-individuación.

REFERÊNCIAS

- Aisemberg, E. R. (2001). Revisión crítica de las teorías y los abordajes de los estados psicósomáticos. *Revista de Psicoanálisis*, 58(2), 507-517.
- Aisemberg, E. R. (2005). Trauma, pulsión y somatosis. *Revista de Psicoanálisis*, 62(2), 273-280.
- Aisemberg, E. R. (2007). Repetición, transferencia y somatosis. *Revista de Psicoanálisis*, 64(2), 309-317.
- Aisemberg, E. R. (2008). La sombra de la herencia en el psicoanálisis contemporáneo. *Revista de Psicoanálisis*, 65(1), 129-142.
- Aisemberg, E. R. (2009). Abordaje clínico al paciente somático, *Congreso IPA de Chicago*.
- Arroyo, S. (2000). Evaluación de la epilepsia fármacorresistente, *Revista Neurología*, 30(9), 881-886.
- Aulagnier, P. (1991). *Cuerpo, historia, interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. R. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Argentina: Paidós.
- Brailowsky, S. (2008). La epilepsia: enfermedad del cuerpo y la mente. Recuperado de <http://www.posgrado.unam.mx/publicaciones/ant_omnia/24/03.pdf> el 16 de Enero del 2016.
- Chiozza, L. (1976). *Cuerpo, afecto y lenguaje. Psicoanálisis y enfermedad somática*. Argentina: Paidós.
- Colás, J. (2001). Acercamiento psicoanalítico a la epilepsia infantil, *Rev. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 31(32), 141-171.
- Dolto, F. (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Barcelona: Paidós.
- Eckell, I. M. (1997). La analizabilidad en un paciente psicósomático. Del cuerpo sufriente al cuerpo erógeno. Presentado en el 40º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Barcelona. *Rev. de psicoanálisis*, LV, 3, 1998.
- Eckell, I. M. (2005). Destinos del trauma. Presentado en el 44º Congreso Internacional de Psicoanálisis, Rio de Janeiro, 2005. *Rev. de Psicoanálisis*, 62(2), 321-332.
- Ferenczi, S. (1989). El niño no deseado y su pulsión de muerte, *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada en 1929).
- Fischbein, J. (2000). La clínica psicoanalítica y las enfermedades somáticas, *Revista de Psicoanálisis APdeBA*, 22(1), 157-182.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. VII. Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1894). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de “neurosis de angustia”. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. III. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). Estudios sobre la histeria. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1912). Contribuciones para un debate sobre el onanismo. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1928). Dostoyevski y el parricidio. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937). Construcciones en el análisis. In Freud, S. [Autor], *Obras completas*, v. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1986). *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*. Argentina: Paidós.
- Hendrick, I. (1940). Psychoanalytic observations on the aura of two cases with convulsions. *Psychosomatic Med.*, 2, 43-52.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Martínez-Juárez, I. E. (2012). Epilepsia farmacorresistente: uso de la nueva definición y factores de riesgo relacionados. Estudio en población mexicana de un centro de tercer nivel. *Revista Neurol.*, 54 (3): 159-166.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- McDougall, J. (1991). *Teatro del cuerpo*. Madrid: Yébenes.
- Otero, J., & Rodado, J. (2004). El enfoque psicoanalítico de la patología psicósomática. *Rev. Aperturas psicoanalíticas*, 16. Recuperado de <<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000282>> el 14 de Diciembre del 2015.
- Pichon Riviere, E. (1944). Los dinamismos de la epilepsia. *Revista de psicoanálisis*, 1(3), 340-381.
- Sami-Ali, M. (1974). *El espacio imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.

Recebido em: 25 de Fevereiro de 2016

Aprovado em: 7 de Junho de 2017