



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

Pilar Rojas<sup>1</sup>, Alejandra Menassa<sup>2</sup>

1. Psicoanalista. Médico especialista en Reumatología y Medicina de Familia.
2. Psicoanalista. Médico especialista en Medicina Interna.

[clinica@grupocero.info](mailto:clinica@grupocero.info)

### RESUMEN

Se observa comúnmente que el dolor físico puede disminuir considerablemente por una distracción, esto nos hace pensar que en todo dolor, por mucha base orgánica que parezca tener, hay un componente psíquico. En esta ponencia desarrollaremos la función fisiológica y la función psíquica del dolor. Como en ocasiones pierde su función de alarma, de señal, y se cronifica y cuáles son los factores psíquicos que contribuyen a su cronicidad. La culpa, con su correspondiente autocastigo, el goce masoquista, etc, son elementos en juego en la producción del dolor.

# TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

*Dad palabra al dolor: el dolor que no habla gime en el corazón hasta que lo rompe.*

*William Shakespeare*

## 1. INTRODUCCIÓN

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como: "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión".

Esta definición aceptada de forma universal considera en primer lugar que el dolor no es una experiencia puramente nociceptiva (sensorial), sino que incluye además componentes emocionales y subjetivos inseparables de la sensación dolorosa; en segundo lugar esta definición evita decir claramente que el dolor está producido únicamente por el daño tisular, pudiendo aparecer sin causa somática que lo justifique.

Para acercarse al estudio del dolor habría que diferenciar entre dolor agudo y dolor crónico. La diferenciación entre dolor agudo y crónico se basa tanto en el factor tiempo, como en los mecanismos fisiopatológicos que originan el dolor. El dolor agudo es la consecuencia inmediata de la activación de los sistemas nociceptivos; se manifiesta generalmente después de una lesión tisular somática o visceral, es autolimitado y desaparece habitualmente con la lesión que lo originó. Tiene una función de protección biológica al actuar como una señal de "alarma" a nivel del tejido lesionado.

Los síntomas psicológicos asociados son escasos y habitualmente limitados a una ansiedad leve. Se trata de un dolor de naturaleza nociceptiva y que aparece por una estimulación química, mecánica o térmica de nociceptores específicos.

El dolor crónico, sin embargo, no posee una función protectora, y más que un síntoma de una lesión, puede considerarse en sí mismo una enfermedad. Se ha definido como un dolor que persiste al menos un mes (tres meses para algunos autores) después de la lesión causal, pudiendo perpetuarse por un periodo de tiempo prolongado después de dicha lesión e incluso en ausencia de lesión periférica. El dolor crónico suele ser refractario a múltiples tratamientos y está asociado a numerosos síntomas psicológicos: depresión, ansiedad, miedo, insomnio y alteraciones del comportamiento, en especial de las relaciones sociales. Esta comunicación se centrará especialmente en el dolor crónico.

Se observa comúnmente que el dolor físico puede disminuir considerablemente por una distracción, esto nos hace pensar que en todo dolor, por mucha base orgánica que parezca tener, hay un componente psíquico. En esta comunicación desarrollaremos la función fisiológica y la función psíquica del dolor. Cómo en ocasiones pierde su función de alarma, de señal y se cronifica y cuáles son los factores psíquicos que contribuyen a su cronicidad. La culpa, con su correspondiente autocastigo, el goce masoquista, etc., son elementos en juego en la producción del dolor.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

### 2. BREVE DESARROLLO HISTÓRICO DE LAS TEORÍAS MÉDICAS ACERCA DEL DOLOR

En la mitología griega, el dolor se inicia con una pérdida. En la vieja Europa, la diosa Deméter procuraba una eterna primavera y allí no conocían el invierno, ni el hambre ni el dolor, por la protección de la diosa. Un día, Hades, el dios del otro mundo, se enamora de la hija de Deméter, Perséfone y se la lleva consigo. La diosa la busca nueve noches con sus días y, luego, muerta de dolor por la pérdida, quiere que toda la humanidad sufra su tristeza y deja yerma la tierra. Finalmente, Zeus interviene para devolver a Deméter a su hija Perséfone. Hades cede, pero le hace comer a Perséfone de un fruto que la hará retornar periódicamente al inframundo. Así, los meses de verano y primavera, todos podemos compartir la alegría de la diosa, que recupera a su hija. Mientras que el frío invierno y el otoño son resultado de la separación de madre e hija.

Desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor. Tan antiguo es su tratamiento que en "La Odisea", Homero escribe acerca de un medicamento que "tomado con el vino producía el absoluto olvido de las penas". Plinio el Viejo especuló que esa droga debía de ser la borraja (*Borago officinalis*), planta medicinal con larga trayectoria en estos usos.

Respecto al asentamiento de la sensación dolorosa, Hipócrates en el siglo IV a.C, planteaba el dolor como una alteración del equilibrio normal del organismo, que yacía en el corazón. Sin embargo Galeno (130-200 d.C.), negaba la idea de un alma inmortal causante de dolor, con lo que fue considerado anticristiano e ignorada su doctrina. Definía el dolor como una sensación originada en el cerebro.

Leonardo da Vinci hace una descripción anatómica de los nervios en el cuerpo humano y los relaciona directamente con el dolor, confirmando así la teoría galénica sobre el cerebro como motor central del dolor. Consideró el tercer ventrículo como estructura receptora de las sensaciones y la médula como conductora de estímulos.

Ya en el Siglo XIX coincidiendo con el descubrimiento de la morfina, se bifurcan dos teorías sobre dolor: teoría de la especificidad o sensorial y teoría de la intensidad. Schiff (1858), Donaldson (1882) y Von Frey en 1894 defienden que el dolor es una sensación equiparable a cualquier otro de los sentidos, perpetuando así la teoría de Avicena y Descartes. Esta era la teoría de la especificidad o sensorial. Una segunda teoría defendida por Godscheider, inicialmente formulada por Erasmus Darwin basada en criterios aristotélicos, decía que el dolor nacía de la excesiva estimulación del sentido del tacto, presión, frío o calor: teoría de la intensidad. Tanto esta última como la aristotélica van perdiendo criterio y permanece la sensorial hasta que Melzack y Wall (1965) propusieron la teoría de la Compuerta o Puerta de Entrada para explicar los fenómenos relacionados con el dolor.

Esta teoría plantea que a nivel del Sistema Nervioso Central hay un sistema de control que hace que se abran o se cierren las vías de transmisión del estímulo doloroso. La transmisión de los estímulos, no se realiza en una sola etapa, sino que alcanza la corteza cerebral tras varias estaciones sinápticas, que no funcionan como enlaces meramente pasivos, sino que el estímulo sufre modulación a varios niveles, por lo que puede ser minimizado o amplificado de diversas formas. Esta teoría

## **TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR**

explicaría por qué disminuye el dolor cuando el cerebro está experimentando una sensación de distracción o se produce simultáneamente un estímulo táctil.

Algunos años más tarde las limitaciones de la teoría llevaron a proponer la existencia de más de un tipo de dolor según el mecanismo fisiopatológico implicado. Así se habla de dolor fisiológico, inflamatorio, neuropático y funcional para explicar la variedad de situaciones clínicas observadas en la práctica médica. Sin embargo, estos modelos no permitían explicar algunas extrañas situaciones como el dolor del miembro fantasma. Analizando sus peculiaridades, Melzack enunció a finales de la década de 1980 la teoría de la neuromatriz, según la cual existen circuitos cerebrales intercomunicados para recibir los estímulos periféricos y que pueden activarse por áreas vecinas sin necesidad de que exista una lesión externa que produzca la activación de las vías nociceptivas.

### **3. FISIOLÓGÍA DEL DOLOR**

La fisiología del dolor es un hecho complejo. No nos extenderemos mucho en este punto, puesto que no es el fin de este trabajo. El dolor físico es una sensación correspondiente a la excitación de los nociceptores tisulares (receptores del dolor). Estos estímulos, son conducidos después, desde la médula espinal (su asta posterior) a distintos lugares del bulbo, tálamo y corteza cerebral. Estas son las vías ascendentes de conducción del dolor. Después hay vías inhibitorias descendentes, que van desde los núcleos superiores a la médula espinal, y que regulan el dolor. En cuanto a la neurobioquímica, en la sensación dolorosa están implicados diversos neurotransmisores, como la adrenalina, la serotonina, el glutamato, el GABA, etc. Y diversas sustancias como las bradiquininas, las prostaglandinas, la sustancia P, etc., que también influyen en la activación o inhibición de los nociceptores.

### **4. APORTACIONES PSICOANALÍTICAS A LA CONCEPCIÓN DEL DOLOR**

La primera experiencia de dolor:

Nuestro aparato psíquico se rige por el principio del placer. Se maneja entre unas determinadas cantidades de tensión o energía psíquica. Todo lo que aumente la tensión será vivido como displacentero, mientras que toda disminución de la tensión será experimentada como placer.

En condiciones normales, todo estímulo exterior de gran intensidad, puede superar los umbrales del dolor. El dolor produce en nuestro organismo:

- Un gran aumento de la tensión en el aparato.
- Una tendencia a la descarga (el grito, movimientos corporales, etc.).
- Queda registrada una huella mnémica del objeto que produce el dolor, con el fin de proteger al aparato en situaciones ulteriores de encuentro con ese objeto.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

No todo displacer es dolor, existen otros afectos displacenteros, como la angustia, el miedo, la vergüenza. El dolor psíquico lo relacionaremos más con una pérdida y con la inamovilidad de la libido.

La patología más dolorosa psíquicamente es la depresión. El dolor psíquico del deprimido es un dolor máximo. En el deprimido, la libido queda fijada en la lucha entre el yo y el objeto perdido.

El dolor acontece frente a la pérdida de objeto. Un objeto que era importante para el sujeto, queda fuera del campo del deseo. Sea este objeto una persona, un ideal, etc. Frente a la pérdida de objeto, se pueden dar dos reacciones: la reacción de angustia, que tiene que ver con la indefensión en la que queda el sujeto frente a la desaparición del objeto, por ejemplo: la desaparición de la madre, que nutre el niño, significa para él un peligro de muerte. La angustia tiene que ver con esa amenaza vital, real o fantaseada. Y el dolor tiene que ver con la pérdida de objeto, es decir, el dolor es porque se pierde la libido objetal, esa libido que pertenece al sujeto y que rodea al objeto amoroso, se pierde, se va tras el objeto, hasta que se termina de hacer el trabajo de duelo o de separación de ese objeto.

El dolor es del orden de una detención, en este sentido, sería más motor que sensitivo, queremos decir que hay una detención del movimiento libidinal. El deprimido se distingue por su incapacidad de sustitución, hay una fijación de la libido, un detenimiento, inicialmente, el sujeto no es capaz de investir otros objetos.

En el caso de la enfermedad orgánica, todo el interés del yo, la libido narcisista, recae en el órgano enfermo. Y esto es absolutamente necesario para la curación. Como dice Wilhelm Busch del poeta con dolor de muelas: "concentrándose está su alma en el estrecho hoyo de su molar". La libido queda también detenida, en este caso, en el órgano afectado. La observación clínica de que una distracción puede disminuir la percepción del dolor, tiene que ver probablemente con que esta distracción moviliza por unos instantes la libido.

En relación con esta cuestión de que el dolor es una detención, Freud nos pone un ejemplo del trabajo de parto. La mujer está siendo atendida por la comadrona y el médico y el marido esperan fuera para entrar cuando sea necesario. La mujer está profiriendo gritos de dolor y el marido se alarma y quiere entrar, porque cree que ya ha llegado el momento pero el médico le dice que espere tranquilo, que aún no lo es. Al final, cuando la mujer calla (se detiene, queda inmóvil, allí es el momento de máximo dolor), el médico le dice al marido: "ahora sí" y entra a atender el parto a la habitación.

En la histeria el dolor psíquico puede transformarse en un dolor físico, así, el dolor de una ofensa moral (un insulto del marido, por ejemplo), se transforma en Cecilia M, en un dolor físico: una neuralgia en la cara (como si le hubieran dado una bofetada). Esto se realiza gracias al mecanismo de conversión.

El dolor puede intervenir también en el tratamiento psicoanalítico. En ocasiones, cuando el análisis se acerca al nódulo de lo reprimido - aquello no aceptado por lo que el paciente enfermó- el dolor se acentúa, dándonos esa señal de la cercanía a lo reprimido.

Hay un dolor de existir, un dolor que no duele, el dolor de ser mortal. Hay un dolor que es estructural, es uno de los límites a nuestro cuerpo. Los límites del yo del sujeto, que es corporal, se constituyen en relación al dolor. El dolor puede ser también una forma de adquirir conocimiento acerca de nuestros órganos. Cuando padecemos una dolorosa enfermedad, adquirimos una representación

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

del órgano doloroso, esta manera de adquirir una representación de nuestros órganos, suele ser el prototipo de aquella en la que llegamos a la representación de nuestro propio cuerpo. El dolor nos protege, es señal.

Como tal, el síntoma del dolor no corresponde a ninguna estructura, pero el relato que el paciente hace sobre el dolor nos puede orientar hacia una estructura u otra. Nos dice Freud en el caso Isabel de R., que un enfermo que padece dolores orgánicos los describirá, si no es, además, neurótico, con toda precisión y claridad, detallando sus características, con qué intervalos se presentan, a qué zona de su cuerpo afectan y cuáles son las influencias que los provocan.

Sin embargo, el paciente psicósomático (y también el neurótico actual) que describe sus dolores nos da la impresión de que está entregado a una difícil labor intelectual, superior a sus fuerzas. Su rostro se contrae, busca con ahínco las expresiones para calificarlos y rechaza todas las sugerencias que el médico le propone para caracterizar sus dolores, aunque luego se demuestren rigurosamente exactas. Se ve claramente qué, en su opinión, el lenguaje es demasiado pobre para dar expresión a sus sensaciones, las cuales son algo único, jamás experimentado por nadie, siendo imposible agotar su descripción. De este modo, el paciente psicósomático no se cansa de añadir nuevos detalles y cuando se ve obligado a terminar su relato, lo hace con la impresión de que no ha logrado hacerse comprender por el médico. Todo esto es debido a que sus dolores han acaparado por completo su atención.

En la histeria se observa la conducta opuesta, a pesar de conceder a sus dolores bastante importancia, su atención se halla retenida por algo distinto de lo cual los dolores no son más que un fenómeno concomitante; esto es, por pensamientos y sensaciones enlazados a dichos dolores.

El paciente histérico no habla del órgano afectado (tiene reprimida, por ejemplo si se trata de una parálisis braquial, la palabra brazo), en lugar de hablar, hace síntoma, por ejemplo, la parálisis. Sin embargo, el relato del paciente hipocondríaco es sobre el órgano, incluye el órgano.

En las neurosis de angustia, que pueden cursar con el típico ataque de angustia: taquicardia, sudores, taquipnea, temblores, sensación de volverse loco o de morir, también se dan lo que se ha dado en llamar equivalentes del ataque de angustia. Estos equivalentes pueden ser dolores osteomusculares crónicos, incluso algunas fibromialgias pueden estar en relación con esta estructura psíquica.

Hay un tipo de depresión, la depresión enmascarada, que se caracteriza por la ausencia o la atenuación de los síntomas depresivos habituales y donde predominan los síntomas somáticos. Muchos dolores lumbares crónicos, cefaleas, dolores abdominales crónicos, son depresiones enmascaradas. Para el psicoanálisis una depresión enmascarada, no es más que lo que Freud, ya en sus primeros textos denominó melancolía ansiosa, que es una depresión con una neurosis de angustia, de manera que los síntomas somáticos son derivados de esta última.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

### 5. DOLOR Y CULPA

*Pequé con todo el vigor de mi bajísima culpa  
y los golpes que doy sobre mi costado,  
como en la piel de un tambor cavernoso resuenan.*

*Germán Pardo García*

La culpa es algo inherente a lo humano, forma parte de nuestra constitución como deseantes, habita en nosotros como un sentimiento más y en muchas ocasiones dirige nuestros actos.

Un sujeto puede sentirse agobiado por un sentimiento de culpabilidad que sólo encontraríamos justificado en un asesino varias veces reincidente, y haber sido siempre, sin embargo, el hombre más respetuoso y escrupuloso para con sus semejantes, lo que nos muestra que la culpa no tiene relación con faltas reales, se funda en intenciones inconscientes y permanece inconsciente.

La culpa puede proceder, evidentemente, de un acto de violencia efectivamente realizado, pero también puede proceder de uno simplemente fantaseado. Mientras el sentimiento de culpa emanado del remordimiento por la mala acción, siempre es consciente, el fantaseado, permanece inconsciente.

Para aproximarnos al sentimiento de culpa que habita en cada uno de nosotros tenemos que retrotraernos a nuestra constitución como sujetos deseantes. Tanto para la niña como para el niño, el primer objeto amoroso es la madre. Ambos pasan por varias etapas: se enamoran de la madre, se enamoran del padre, o de sus sustitutos. Seguro que todos hemos oído alguna vez a algún niño decir: cuando sea mayor me casaré con mamá. Y también se identifican con la madre y con el padre, como se expresa en la frase: yo, cuando sea mayor quiero ser ingeniero como papá.

Podemos decir que es en la familia donde se aprenden los primeros modelos de hombre, de mujer, de padre y de madre. La relación con el padre es ambivalente, el niño quiere tener a la madre para sí solo, la presencia del padre le contraría, se enfurruña cuando el mismo da a la madre muestras de ternura y no esconde su satisfacción cuando su progenitor se halla ausente. Abriga en su fuero interno el deseo de muerte del padre. En otras ocasiones muestra una gran ternura para con el padre. Estas actitudes sentimentales ambivalentes, que en el adulto entrarían fatalmente en conflicto, se concilian muy bien y durante largo tiempo en el niño, del mismo modo que en épocas posteriores continúan perdurando una al lado de la otra en lo inconsciente.

En un momento dado, el niño llega a comprender que la tentativa de suprimir al padre como a un rival sería castigada por aquél con la castración. Por miedo a la castración, o miedo a perder el cariño de los cuidadores, abandona el deseo de poseer a la madre y suprimir al padre (complejo de castración). Pero tal deseo permanece conservado en lo inconsciente, constituye la base del sentimiento de culpabilidad. El parricidio es el crimen capital y primordial, tanto de la Humanidad como del individuo. Es la fuente principal del sentimiento inconsciente de culpabilidad.

Los niños padecen de una culpa antes del complejo de castración, que nada tiene que ver con el sentimiento de culpabilidad inconsciente. Una culpa cuya fuente es su relación con la madre, esa relación de la cual el niño depende en su totalidad. Saberse amado por ella hace desaparecer todo

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

peligro. Por el contrario, cuando ella se aleja o él se siente rechazado, son momentos vividos por el niño como de extremo peligro, temiendo que ese ser todopoderoso que es para él su madre, ahora sea un enemigo, ahora quiera devorarlo o algo peor.

Después del complejo de castración el sentimiento de culpabilidad es inconsciente, sólo sabemos de él por sus efectos. Se expresa como necesidad inconsciente de castigo. Así por ejemplo, se sabe de la existencia de delincuentes por sentimiento de culpa, en los que la culpa es previa a la realización del delito, es la culpa la que les lleva a cometer un delito por el cual ser castigados, con lo que calman el sentimiento inconsciente de culpa.

En otras ocasiones observamos a enfermos que están "tranquilos" en su enfermedad porque viven la misma como un castigo. El sujeto se castiga a sí mismo con una elección matrimonial poco afortunada, pierde su fortuna o acepta como un castigo una larga o peligrosa enfermedad orgánica.

La culpa es uno de los afectos más intolerables para el sujeto, busca incesantemente su castigo para calmarse. El dolor cumple, por tanto, en muchas ocasiones el castigo necesario para calmar la culpa, sobre todo el dolor crónico que puede incluso iniciarse por un dolor agudo de etiología, por ejemplo, traumática (un golpe, una herida) y perdurar después, una vez desaparecida la causa inmediata del dolor, como castigo.

Es más, podemos pensar que la intensidad del dolor es directamente proporcional a la intensidad de la culpa. A mayor sentimiento de culpabilidad, mayor es el dolor.

## 6. DOLOR Y GOCE

El fin de la pulsión no es otro que la satisfacción, por eso siempre hay goce aunque el sujeto sufra en apariencia. Podemos hablar entonces de un goce masoquista, no de ausencia de goce.

En el masoquismo el dolor y el displacer pueden dejar de ser una señal de alarma y constituir un fin, con lo cual paralizan el principio del placer que es el guardián de la vida.

La excitación sexual nace, como efecto secundario, de toda una serie de procesos internos en cuanto la intensidad de los mismos sobrepasa determinados límites cuantitativos. Puede incluso decirse que todo proceso algo importante aporta algún componente a la excitación del instinto sexual, también la excitación provocada por el dolor y el displacer. Esta coexcitación libidinosa en la tensión correspondiente al dolor o al displacer sería un mecanismo fisiológico infantil que desaparecería luego. Variable en importancia, según la constitución sexual del sujeto, suministraría en todo caso la base sobre la cual puede alzarse más tarde, como superestructura psíquica, el masoquismo erógeno.

Nuestro sistema psíquico está regido por dos pulsiones: pulsión de vida y pulsión de muerte. La pulsión de vida tiende a la unión, la pulsión de muerte a la separación. Ambas trabajan conjuntamente para la conservación de la vida. Cuando se disocian y actúan separadamente ambas pueden llevar a la destrucción. Los amantes podrían morir en el abrazo si no los separara la pulsión de muerte.

Hay una pulsión de muerte que labora en el interior del aparato para la vida, su paralelo biológico sería la apoptosis o muerte celular programada: algunas células tienen que morir para supervivencia



## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

del organismo entero. Este componente de la pulsión de muerte es lo que llamamos masoquismo primario. Hay otro componente que se dirige al exterior como agresividad, y aún hay un tercero que sale del sujeto, rodea al objeto y vuelve al sujeto, pudiendo dañarlo, eso es el masoquismo secundario.

Desde otro punto de vista podemos distinguir tres formas de masoquismo:

- Masoquismo moral: Es el que pone la mejilla a cualquier golpe, venga de donde venga, no es necesario que sea del objeto amado. Está en relación con el sentimiento inconsciente de culpabilidad, que se manifiesta como necesidad de castigo.
- Masoquismo erógeno: El placer en el dolor, constituye la base de las otras dos formas. Hay un componente de masoquismo erógeno tanto en el masoquismo moral como el femenino.
- Masoquismo femenino: Es característico de hombres que fantasean gozar de ocupar posiciones femeninas como el coito pasivamente soportado o el parto.

Sólo hay goce masoquista, no hay goce sádico, es decir, que el sádico goza identificado con el masoquista, no goza de infligir dolor sino que, goza con el goce del masoquista.

En los dolores crónicos, a veces, el sujeto se resiste a abandonar el dolor por el componente erógeno, de satisfacción libidinal, que el mismo comporta. Difícilmente un sujeto abandonará aquello que lo hace gozar.

El dolor tiene pues una doble vertiente, procurando al sujeto un goce y a la vez un castigo, o en ocasiones un goce y en ocasiones un castigo. Ambas "funciones" psíquicas del dolor aparecen como obstáculos a la curación, ya que el castigo tiene como función calmar la culpa, por tanto, no quiere ser abandonado, y en su vertiente de goce, tampoco quiere ser abandonado como fuente de satisfacción masoquista.

## 7. TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

- Dolor y Goce: Como el sujeto abandona muy difícilmente las posiciones de su libido, hay una resistencia a abandonar la satisfacción masoquista. No obstante, el mayor goce del humano es el Goce del lenguaje. Hablar nos salva. Y hablar tiene unas ciertas condiciones, tiene que ser con pacto y bajo la escucha analítica. El único instrumento disponible para la transformación del goce, de la manera de gozar del sujeto, es el psicoanálisis, que nos brinda la posibilidad de aprender otras maneras de gozar, sin necesidad de enfermar.
- Dolor y culpa: Como hemos visto la culpa siempre es inconsciente, edípica, no podemos acabar con ella, pero podemos arreglárnoslas con ella. Descubrir los condicionamientos inconscientes de la culpa nos lo posibilita. La aceptación de los deseos hostiles, que no quiere decir su realización, sino que el sujeto acepta tenerlos, también disminuye la culpa.
- Depresión y dolor: Aquí el dolor se debe, como en los otros dos casos, a una inmovilidad de la libido, una incapacidad de sustitución. El deprimido es un asesino tímido, quiere matar al

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

objeto perdido que ha incorporado en su yo y por ello es capaz de llegar, en ese intento de aniquilamiento de su objeto, al suicidio. Hay que interpretar esta hostilidad. Se tiende a compadecer al deprimido, a apenarse con su pena, cuando en realidad sus sentimientos son muy poco dignos de compasión.

Podemos decir que de la depresión, el deprimido sale siempre por el amor, por el amor de transferencia. Si es una mujer, se ve que tras las primeras sesiones, se empieza a maquillar, si es un hombre se empieza a aseo y a perfumar, le empieza a importar el mundo exterior, su libido se le hace disponible. En *Análisis terminable e Interminable* dice Freud que el sujeto en psicoanálisis consigue la disponibilidad de su libido, que estaba subyugada al mantenimiento del síntoma. La libido queda separada de los significantes a los que estaba alienada: a la venganza, por ejemplo. En el caso del deprimido el psicoanálisis le lleva a abandonar esa venganza que quiere ejercer sobre el objeto perdido, pero como el objeto ha sido incorporado a su yo, recae sobre él. La venganza melancólica termina destruyendo al propio sujeto.

- Dolor y angustia: Todos los estímulos que nos llegan, tanto somáticos como psíquicos, son elaborados por ambas vías: somática y psíquica. El paciente con neurosis de angustia es incapaz de elaborar psíquicamente los estímulos somáticos, de tal manera, que sólo puede elaborarlos somáticamente. Para él es doloroso pensar. Podemos decir que habla con el síntoma. Los antiguos clínicos decían que es un grito. En psicoanálisis el paciente aprende a hablar. Ya no necesita enfermar para hablar.
- El dolor histérico hemos visto que era la transformación de un dolor psíquico en un dolor somático, por conversión. En la histeria, a diferencia de la neurosis de angustia son los que se ven abocados a su elaboración somática. La histeria no puede elaborar psíquicamente lo psíquico, por tanto, lo elabora por vía somática. Se trata de ver cuál es el dolor psíquico en juego y de facilitar al paciente su elaboración psíquica, su despliegue en análisis.

## BIBLIOGRAFIA

1. *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
2. *Estudios sobre la histeria* (1895). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
3. *La Neurastenia y la Neurosis de Angustia* (1894). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
4. *Crítica de la neurosis de angustia* (1895). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
5. *Análisis fragmentario de una histeria (caso Dora)* (1901). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

6. *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
7. *Concepto psicoanalítico de las perturbaciones psicógenas de la visión* (1910). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva.
8. *Introducción al Narcisismo* (1914). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
9. *Las pulsiones y sus destinos* (1915). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996
10. *Duelo y Melancolía* (1915). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
11. *Más allá del principio del placer* (1919). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
12. *El Yo y el Ello* (1923). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
13. *La Disolución del Complejo de Edipo.* (1924) Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
14. *Inhibición, síntoma y angustia* (1925). Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1996.
15. *Análisis terminable e Interminable* (1937) Obras completas de Sigmund Freud. Traducción de Luis López Ballesteros. Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
16. *El Seminario de Jacques Lacan. Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis.* Ediciones Paidós. Buenos Aires 1999.
17. *Freud y Lacan -Habladlos 1-*. Miguel Oscar Menassa. Ed. Grupo Cero. 2ª edición Madrid 1998.
18. *Freud y Lacan -habladlos 5-*. Miguel O. Menassa. Ed. Grupo Cero. Madrid 2014.
19. *La angustia y la enfermedad psicosomática.* Amelía Díez Cuesta. XI Congreso Internacional Grupo Cero -Psicoanálisis y Medicina-. Publicado en Rev. Extensión Universitaria, Nº49. Noviembre 2001.
20. *Psicoanálisis y Medicina.* Inés Barrio, Pilar Rojas, Alejandra Menassa. Ed. Grupo Cero. Madrid 2002.
21. *Medicina Psicosomática I. Cuestiones preliminares.* Pilar Rojas, Alejandra Menassa. Ed. Grupo Cero. Madrid 2005.
22. *Medicina Psicosomática II. Diagnóstico diferencial entre la histeria, la enfermedad orgánica y la enfermedad psicosomática.* Pilar Rojas, Alejandra Menassa. Editorial Grupo Cero. Madrid 2012.