



EL DOLOR PSÍQUICO

Norma Menassa

Psicoanalista. Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero

clinica@grupocero.info

RESUMEN

El dolor, término medio entre la percepción externa y la interna, se conduce como una percepción interna aún en aquellos casos en que tiene su causa en el mundo exterior, y puede permanecer inconsciente, lo mismo que las tensiones provocadas por la necesidad. El dolor es siempre subjetivo, quiere decir que no es del síntoma dolor de lo que nos ocuparemos, sino del sujeto doliente, y no hay dolor, así como no hay sueño, que signifique lo mismo para sujetos diferentes. En base a este concepto, una forma más práctica de definirlo es: El dolor es lo que el paciente dice que le duele y lo que eso representa para él, no lo que los demás, incluyendo a sus médicos, piensan que debería ser. La comprensión de un paciente con dolor, implica fundamentalmente la consideración de su estructura psíquica y especialmente de los procesos inconscientes.

EL DOLOR PSÍQUICO

Los mejores discursos sobre el dolor fueron producidos por los poetas, los filósofos, los pintores, y los historiadores que supieron asegurarle un estatuto teórico, social, médico y subjetivo.

Desde la descripción homérica de la tristeza hasta la teorización de Aristóteles acerca del genio melancólico, pasando por el relato mítico de Hipócrates, esta forma de lamentación perpetua, siempre fue la expresión de una rebelión del pensamiento y también la manifestación más extrema de un deseo de autoaniquilación ligado a la pérdida de un ideal.

De allí que se pueda vislumbrar una transferencia permanente entre el dominio de la enfermedad y el espíritu.

El dolor, experiencia de carácter desagradable que se convierte en sufrimiento, puede alojarse en el cuerpo cuando el sujeto no conoce otra manera de hablar de él.

Toda su vida gira en torno a su dolor en una relación autoerótica, en la que éste sería el autocastigo con el que se aísla del resto del mundo.

En el dolor físico, nace una elevada carga narcisista del lugar dolorido del cuerpo, carga que aumenta cada vez más y vacía el yo.

El cuerpo es el escenario donde se representa la vida psíquica, el inconciente habla a través del cuerpo, siendo el dolor una forma históricamente aceptada.

Durante siglos, la teoría hipocrática de los humores permitió describir, de manera casi idéntica, los signos y síntomas clínicos de este mal: humor triste, sensación de abismo infinito, extinción del deseo y la palabra, embotamiento seguido de exaltación, atracción irresistible de la muerte, las ruinas, la nostalgia, el duelo.

Surge así la melancolía asociada a la bilis negra, uno de los cuatro humores.

Desde fines de la Edad Media, este término era sinónimo de tristeza sin causa, y la antigua teoría de los humores fue siendo reemplazada por una causalidad existencial. Se habló, entonces, de "temperamento melancólico", pensando en Hamlet que en el cambio de siglo, se había convertido en la figura del drama de la conciencia europea: un sujeto librado a sí mismo en un mundo atravesado por la revolución copernicana. Era la desesperación de una criatura abandonada de Dios.

Con la instauración del saber psiquiátrico del siglo XIX, la melancolía sufrió numerosas variaciones terminológicas, destinadas a transformar esa "extraña felicidad de estar triste" proclamada por el hastío de la vieja sociedad, en una verdadera enfermedad mental sin ornamentos literarios ni filosóficos, para inscribirla en una nueva nosografía entre las neurosis y las psicosis, hasta que Sigmund Freud, poco interesado por la psiquiatrización del estado melancólico, revigoriza la antigua definición de la melancolía, no ya una enfermedad, sino un destino de la subjetividad.

Siempre hay una constante que se repite: se trata de la imposibilidad permanente de que el sujeto haga el duelo por el objeto perdido.

Y es esto sin duda lo que explica la insistencia del famoso temperamento melancólico en los grandes místicos, siempre en peligro de alejarse de Dios, en los revolucionarios, siempre en busca de un ideal que se sustrae, y en los creadores, que persiguen constantemente una superación de sí mismos.

EL DOLOR PSÍQUICO

A fines del siglo XX, la depresión, forma atenuada de la melancolía, se ha convertido en las sociedades industriales avanzadas, en una especie de equivalente de la histeria de Charcot: es decir una enfermedad de época, constituyéndose en el paradigma del fracaso de la rebelión, en un mundo carente de ideales y dominado por una poderosa tecnología farmacéutica muy eficaz en el plano terapéutico.

El dolor, término medio entre la percepción externa y la interna, se conduce como una percepción interna aún en aquellos casos en que tiene su causa en el mundo exterior, y puede permanecer inconsciente, lo mismo que las tensiones provocadas por la necesidad.

Sabemos que el placer está en relación a la disminución de excitación en el aparato psíquico, mientras que el dolor está en paralelo al aumento de excitación. Por eso que una de las misiones del aparato psíquico es desviar el dolor con la misma urgencia que se impone la adquisición del placer, y para ello sabe que tiene que renunciar a la satisfacción inmediata: soportar determinados dolores y renunciar a ciertas fuentes de placer.

De esa manera, no se deja dominar por el principio del placer, y pasa a dejarse regir por el principio de realidad, cuya consecución también es el placer.

El paso del principio del placer al de realidad incluye el goce mortal, finito, porque el goce infinito es muy doloroso.

El pudor, la repugnancia, el espanto y el dolor son límites, márgenes, bordes en los cuales hay satisfacción.

También las sensaciones sumamente dolorosas poseen efecto erógeno. Así, también el dolor puede ser considerado una excitación de alta intensidad.

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor lo define como "*una experiencia sensorial y emocional no placentera, relacionada con daño potencial o real de tejido*".

El dolor es siempre subjetivo, quiere decir que no es del síntoma dolor de lo que nos ocuparemos, sino del sujeto doliente, y no hay dolor, así como no hay sueño, que signifique lo mismo para sujetos diferentes.

En base a este concepto, una forma más práctica de definirlo es: *El dolor es lo que el paciente dice que le duele y lo que eso representa para él, no lo que los demás, incluyendo a sus médicos, piensan que debería ser.*

Desde el punto de vista de la Neurofisiología, el dolor es causado por la estimulación de las terminales nerviosas libres (nociceptores) y estos impulsos pasan a lo largo del nervio periférico hacia el asta dorsal de la médula espinal. Allí hacen sinapsis con las células del tracto espinotalámico que transporta los impulsos a lo largo de la médula espinal, a través del tallo cerebral al tálamo. Desde allí, los impulsos son enviados a diversas áreas de la corteza cerebral, que permiten la percepción y la reacción al dolor.

En Medicina se lo puede clasificar de diversas maneras: *desde el punto de vista temporal*, en formas agudas y crónicas; *desde los mecanismos de producción*, en dolores nociceptivos (somático y visceral), neurógenos (central, periférico y simpático) y finalmente, *desde la etiología presunta o*

EL DOLOR PSÍQUICO

demostrada, en dolores debidos por ejemplo a una neoplasia, debidos al tratamiento realizado o no, vinculado a ninguno de estos factores.

El **dolor nociceptivo o fisiológico** se produce por la estimulación de los receptores sensitivos específicos o nociceptores, localizados en los tejidos, las vías nerviosas involucradas están intactas.

El dolor somático de la piel y de las estructuras superficiales generalmente está bien localizado, mientras que el dolor visceral es más difuso, se percibe en un área más extensa y a menudo hay dolor referido a zonas cutáneas.

El **dolor neuropático** es causado por una lesión del sistema nervioso central o periférico, que en el caso del nervio periférico tiene una distribución en dermatomas y causa las llamadas *neuralgias*, como la crural, la trigeminal, entre otras.

El **dolor psicógeno** es una variable para la cual no existen fundamentos orgánicos y en general se observa en pacientes que presentan evidencias de alguna psicopatología.

Dado que el propósito es orientarnos hacia el sujeto doliente, cobra singular importancia referirnos en forma detallada al **dolor agudo y crónico**.

Habitualmente, las formas agudas se consideran fisiológicas y de defensa. Se trata de una respuesta destinada a evitar que el organismo sufra la progresión de una lesión, pone en marcha mecanismos de fuga y facilita la iniciación de los procesos de reparación.

Su duración no excede mayormente lo que dura el factor causal actuante, y los factores psíquicos no tienen demasiada relevancia.

El dolor agudo se relaciona directamente con la ansiedad y con signos clínicos de sobreactividad simpática, como taquicardia, taquipnea, sudoración, palidez, hipertensión arterial.

En cambio, el dolor crónico es en sí mismo una entidad clínica, y se define como la persistencia de la sensación displacentera más allá de que hayan cesado o mermado los factores causales. Por ello se considera patológico, y en este caso el componente psíquico tiene un papel preponderante.

Para el paciente, el dolor crónico implica progresión de la enfermedad, por lo que en general se acompaña de depresión, observable clínicamente por el letargo, la apatía, la anorexia y el insomnio que refieren los pacientes.

Cuando el dolor crónico es de origen no maligno, generalmente nos hallamos ante un paciente con claros disturbios psíquicos, presentando lo que se denomina "comportamiento de dolor", debido a la dependencia que mantiene con las condiciones que originan el dolor y de sus recompensas, y al hecho de que no responda satisfactoriamente a las medidas de analgesia que beneficiarían a la mayor parte de los pacientes aquejados de dolor crónico, incluso neoplásico.

Hay una relación muy estrecha entre dolor crónico y sufrimiento en estos sujetos, si bien en el sufrimiento intervienen, además del dolor propiamente dicho, otros síntomas físicos, disturbios emocionales, dificultades sociales, preocupaciones, factores culturales, adversidad económica.

La interdependencia e interrelación entre los factores del sufrimiento hace que, así como el dolor no aliviado puede causar o agravar alguno de estos factores, cualquiera de ellos, no contemplado o debidamente tratado puede causar o agravar el dolor.

Esta modificación de la percepción del dolor por otros factores es la base del **dolor clínico**.

EL DOLOR PSÍQUICO

De estas clasificaciones se desprende que son múltiples los elementos en juego en el desencadenamiento y evolución del dolor, así como multidisciplinario su tratamiento.

La comprensión de un paciente con dolor, implica fundamentalmente la consideración de su estructura psíquica y especialmente de los procesos inconscientes.

Freud fundamentó ampliamente que nada de lo que acontece en la vida, incluso los padecimientos, dejan por fuera al sujeto, es decir, éste siempre está implicado. Y del mismo modo, no hay hechos celulares, biológicos, que puedan desprenderse de la influencia del psiquismo.

Las variables que existen, tan notorias, entre la presentación del dolor en un paciente o en otro, no dejan dudas acerca de que esta variable tiene que ver con la posición psíquica de cada uno de ellos.

De la experiencia psicoanalítica podemos decir que es el único acontecimiento de donde son extraídos los dos principios fundamentales del psicoanálisis: el del inconsciente estructurado como un lenguaje, que daría las formaciones neuróticas entre las que incluimos el **dolor en la histeria** y en la **hipocondría**, y el otro principio, que es el del goce como lugar de lo real, al que adscribimos el **dolor de la melancolía** ligado a los **fenómenos psicósomáticos**.

Vamos a tomar la línea del **dolor en la histeria**.

En esta neurosis, lo que tendría que haberse manifestado como un dolor psíquico, una pena, un conflicto, por el mecanismo de la conversión va a afectar el cuerpo.

Así por ejemplo, una parálisis dolorosa en la pierna quedó asociada, durante el análisis de un paciente, a "no poder avanzar un solo paso en sus propósitos...."

La histeria habla con el cuerpo imaginario, a partir de una anatomía ligada a los significantes, a las palabras significantes en la vida del sujeto.

Por eso el dolor, que no es orgánico pero se vive como un padecimiento orgánico, puede ser leído en un tratamiento psicoanalítico, puede ser interpretado y que así, encauzado entre palabras, ya no sea necesario continuar padeciéndolo.

Además, la histeria no crea el dolor somático sino que lo utiliza. Es decir que la zona que antes fuera intensamente cargada, decimos *erotizada*, ya que se trata de libido sexual, será la zona dolorida después, como ilustra el caso magistral de Freud conocido como Isabel de R., una joven a quien le dolía amargamente una pierna, la misma sobre la que su padre apoyaba la suya para que se le cambiaran los vendajes durante una larga enfermedad.

Hay entonces, una intensa conexión entre el dolor físico y el afecto psíquico.

Hicimos mención a la libido sexual y su particular participación en la conversión histérica.

Veremos que el dolor, cualquiera sea su filiación, se vincula estrechamente a los movimientos distributivos libidinales, alterándolos, con las consecuencias que esto genera en la vida del sujeto.

El término *libido* es tomado por Freud a partir de la obra de Moll, en 1898, "Investigaciones sobre la libido sexual", e introducido en psicoanálisis para designar la manifestación dinámica de la sexualidad.

Haciendo un sucinto recorrido acerca de la evolución de este concepto a través de la obra freudiana, recordemos que el primer objeto del psicoanálisis fueron las neurosis (la histeria y la

EL DOLOR PSÍQUICO

neurosis obsesiva), determinándose que sus síntomas se originaban a partir de las pulsiones sexuales que habían sido rechazadas, reprimidas por el Yo y, desde lo inconciente, se habían procurado una manifestación.

Lo primero fue, entonces, oponer a las pulsiones sexuales las pulsiones del Yo o de conservación, acordando así con la tesis del poeta hecha popular, que atribuye todo el suceder universal a dos únicas fuerzas: el hambre y el amor.

La libido se instituye como la manifestación energética del amor, así como el hambre es la pulsión de conservación.

El estudio de las pulsiones sexuales, accesibles al análisis, demostró que se trataba de algo muy complejo, susceptible de descomponerse en pulsiones parciales, cada una de ellas inmutablemente vinculada a su fuente, es decir, a aquellas regiones del soma de las cuales extraen su estímulo.

También se determinaron un objeto y un fin, siendo este último siempre su satisfacción o descarga.

En cuanto al objeto, nunca está muy ligado a la pulsión y puede ser trocado por otro, e incluso pasar de un objeto exterior y orientarse hacia la propia persona.

El destino pulsional más significativo está representado por la sublimación, ya que denota una sustitución de objeto y de fin, de manera que la pulsión sexual original encuentra su satisfacción en una función no sexual y más elevada desde el punto de vista social o ético.

A partir del estudio de la demencia precoz y otras afecciones psicóticas, se da un paso decisivo en el conocimiento del Yo, que hasta entonces había sido considerado como instancia represora y sede de la resistencia.

Freud descubre que el proceso patógeno de la esquizofrenia consistía en que la libido era retirada de los objetos y retraída al Yo, siendo los fenómenos clínicos observados la consecuencia de los vanos esfuerzos de la libido para retornar a los objetos.

Entonces, se determinó la movilidad libidinal desde el Yo a los objetos y viceversa, considerándose al Yo como un gran reservorio libidinal.

También se estableció que las pulsiones del Yo son igualmente de naturaleza libidinal, es decir, pulsiones sexuales que en lugar de investir objetos exteriores, invisten al propio Yo, tomándolo como objeto.

A esta libido destinada al Yo la llamamos libido narcisista, expresión derivada del amor a sí mismo en el mito de Narciso.

En 1920, con *"Más allá del principio del placer"*, se da comienzo a la segunda tópica freudiana, reconociéndose desde entonces dos clases de pulsiones, de vida y de muerte, Eros y Tánatos, en continua pugna desde la primera génesis de la vida.

La pulsión de muerte, labora silenciosa desde el interior procurando la vuelta al primitivo estado de anorgania, y explica la agresividad y las tendencias destructivas del hombre cuando se proyecta hacia el exterior.

EL DOLOR PSÍQUICO

Eros intenta formar con la sustancia viva unidades cada vez más amplias que conduzcan a evoluciones superiores, y hacer la vida perdurable a través de la reproducción, que es su triunfo sobre la muerte.

Todos sabemos que alguien aquejado de un dolor deja de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene que ver con su dolencia, retira de sus objetos amorosos su interés libidinoso, cesando incluso de amar mientras sufre.

La cotidianidad de este hecho también tiene un correlato en la teoría de la libido: el enfermo retrae su libido al propio yo, concentrándose en la curación.

La libido y el interés del yo, no se diferencian. Esta retracción libidinal por el dolor es homologable a lo que ocurre durante el sueño, donde el único interés es el reposo, el deseo de dormir.

En ambas situaciones, dormir y dolor, aparecen modificaciones de la distribución libidinal, consecutivas a una modificación del yo.

Es conocido que perturbaciones tan graves de la distribución libidinal como se producen en la melancolía, son interrumpidas temporalmente por una enfermedad orgánica intercurrente, experimentando incluso una mejoría pasajera.

Cuando el dolor somático es producto de una hipocondría o de una enfermedad orgánica, hay también retracción libidinal y concentración en el órgano que preocupa al sujeto.

En la histeria hemos visto que ciertas partes del cuerpo se pueden comportar como zonas erógenas, y se denominan zonas "histerógenas". Lo mismo puede decirse de los órganos de las preocupaciones hipocondríacas.

Cuando se goza con el dolor, no es con el propio dolor con lo que se goza, sino con la excitación sexual concomitante.

Algo que diferencia a los órganos implicados en las afecciones psicósomáticas, innervados por el sistema neurovegetativo, es que podríamos decir que son órganos desexualizados, órganos que dejan de estar libidinizados o que, en la etapa de la constitución del fantasma del cuerpo fragmentado, fueron fragmentos que no ocuparon su lugar en la estructuración del fantasma, quedando fuera de la distribución de la libido.

La libido tiene como tarea volver inocua la pulsión destructora, para lo cual deriva hacia el exterior buena parte de la misma, hacia los objetos del mundo sobre los que actúa como pulsión destructiva, de aniquilamiento, de apoderamiento, mientras otra parte es puesta al servicio de la función sexual.

Pero hay otro quantum que no obedece a estos movimientos y permanece en el interior del organismo, donde es ligado libidinalmente a la excitación sexual, para dar lugar al masoquismo erógeno, es decir el placer en soportar dolor.

Puede decirse que la pulsión de muerte actuante en el interior del organismo es idéntica al masoquismo, y se caracteriza por actuar silenciosamente, por ser muda.

En el contenido manifiesto de las fantasías masoquistas, se expresa también un sentimiento de culpa: el sujeto ha cometido un delito o un pecado por el que merece castigo, detrás del cual vemos aparecer el nexo con la masturbación infantil.

EL DOLOR PSÍQUICO

Es en este punto, donde nos encontramos con el masoquismo moral.

El padecer como tal es lo que importa, no interesa si el castigo lo aplica una persona amada u otra indiferente.

Si el dolor y el displacer dejan de ser señal de alarma, advertencias para el sujeto, y se constituyen ellos mismos en metas, el principio del placer, al que Freud llamara "guardián de nuestra vida anímica" queda anulado.

El sentimiento inconciente de culpa en el sujeto es uno de los mayores peligros para nuestros propósitos médicos.

Subyace en las reacciones terapéuticas negativas, observables durante los tratamientos psicoanalíticos, y hay que considerarlo como un mecanismo en juego ya que da la satisfacción buscada, promoviendo que el enfermo resista a la curación de cualquier padecimiento, al cese de un dolor, aferrándose a su condición de doliente.

Hay sujetos para quienes es imperioso mantener cierto grado de sufrimiento en la vida, por lo que un padecimiento cesa frente a otro sustitutivo, y así sucesivamente.

El sentimiento de inferioridad, la enfermedad, la búsqueda del dolor, son estructuralmente equivalentes, y expresan todos ellos una necesidad de castigo en el sujeto.

El psicoanálisis nos muestra que no hay dolencia, ya sea psíquica u orgánica, en la cual no esté implicado el goce del sujeto.

Cuando la investidura libidinal del yo ha sobrepasado cierta medida, la libido inviste los objetos. Esa libido invistiendo el Yo, nos indica que un fuerte narcisismo preserva de enfermar, pero finalmente el sujeto deberá amar, es decir investir otros objetos para no caer enfermo.

La naturaleza económica del dolor físico es análoga a la del dolor psíquico, por eso el dolor del melancólico es como el dolor de una herida en su yo, de la misma manera como el dolor por la muerte de un ser querido, en tanto nos amamos en el ser querido.

Los seres queridos, desde la libido, forman parte de nosotros mismos, y cuando alguno de ellos muere, es como si muriera un fragmento de nuestro propio y amado yo.

Habrá que tener en cuenta que el dolor puede ser la única manifestación de una melancolía. El sujeto hablará de su cuerpo doliente porque no conoce otra manera de hablar de sí mismo, de sus cosas.

Es un dolor tan real, tan intenso y tan importante como el ocasionado por un órgano lesionado.

En el paciente canceroso, por ejemplo, la melancolía es la manifestación psíquica más frecuente, y ha sido demostrado que no constituye la consecuencia o el efecto frente al diagnóstico de cáncer, sino que está en su origen.

En la base del desarrollo de una neoplasia hay un sujeto melancólico: el 80 % de los pacientes reconocen durante la anamnesis haber padecido un cuadro depresivo de uno a tres años antes del diagnóstico de cáncer.

Hay una analogía entre el paciente que sufre dolor y el melancólico, y es la pérdida de interés por todo lo que no se relacione a su dolencia.

EL DOLOR PSÍQUICO

En estos casos, gran parte de la energía psíquica a la que llamamos libido es retraída hacia el Yo a partir de los objetos entre los que estaba distribuida, vuelve al Yo por un mecanismo de tipo narcisista que intenta protegerlo.

Hay una cita de Freud al respecto, muy elocuente, que se refiere a un gran poeta de su tiempo, capaz de las más bellas metáforas, durante un episodio de dolor de muelas, y dice "...concentrándose estaba su alma en el estrecho hoyo de su molar..."

Por este gran acopio de energía que hace el Yo, quedan todas las demás funciones empobrecidas, relegadas y hasta desaparecidas frente al dolor.

Se abandonan el trabajo, la cultura, las relaciones sociales y hasta se deja de amar.

Pero podemos afirmar que así como esta retracción de la libido apunta a la recuperación del sujeto, habrá un momento en que deberá reinstaurar su interés en el semejante, en los otros, deberá volver a amar y a hablar para curarse, esta es la propuesta del psicoanálisis.

Sabemos que si es factible que el paciente dirija su atención, su interés hacia otros fines, merma el dolor. Lo comprobamos cuando empleamos esta estrategia en los niños, y se observa en los heridos durante el combate y en los mártires, durante la exaltación de los sentimientos religiosos que los vuelve insensibles a los tormentos.

Estamos diciendo que la posición psíquica del sujeto, su decisión de aliviarse, de sanar, continuar padeciendo e incluso morir, no carecen de importancia.

Por todas las cuestiones expuestas, tan complejas y múltiples, es que se impone que frente a un paciente portador de un cuadro de dolor crónico, los esquemas de tratamiento analgésico constituyan un medio de alivio pero no el obstáculo a su posibilidad de hablar, a través de la cual el sujeto puede hallar la vía de una transformación de ese goce masoquista, melancólico o histérico, en el goce de las palabras, del amor, de la producción laboral, de la salud.