



REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

Virginia Valdominos Pastor

Psicoanalista. Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero

clinica@grupocero.info

RESUMEN

Todo síntoma tiene un sentido después de ser interpretado, pero sabemos que se trata de un producto transaccional entre la tendencia a la expresión de un deseo sexual, infantil y reprimido y la culpa por esa pseudo-satisfacción. El sentimiento de culpabilidad puede tomar diferentes formas que estructuralmente son equivalentes y diríamos que “cumplen” la misión de calmar la culpa: sentimiento de inferioridad, enfermedad o castigo. En el dolor hay en juego un “necesidad de castigo”. Esto explica como una neurosis, contra todos los principios terapéuticos, puede desaparecer cuando el sujeto contrae un matrimonio desgraciado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica, es decir, cuando un padecimiento queda sustituido por otro, pues de lo que se trataba era tan sólo de poder conservar cierta cuota de dolor. Con respecto a que el dolor sea físico o psíquico, diremos que somos una multiplicidad y lo dividido es el sujeto psíquico y lo que sobredetermina es lo inconsciente. Algunos de los dolores más frecuentes pudieron tener primitivamente una justificación orgánica, pero han sido objeto de una elaboración que los adapta a los fines de la neurosis. De modo que el dolor queda mantenido y alimentado por la neurosis. ¿Cómo se relaciona la culpa con el dolor en distintas estructuras psíquicas? ¿Cuáles son las funciones del dolor? ¿Y el carácter de la culpa? ¿Cuál es el abordaje psicoanalítico del dolor? Son algunas de las preguntas a las que responderemos en este trabajo.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

El dolor es un afecto, por eso es difícil erradicarlo.

Miguel Oscar Menassa.

En más allá del principio del placer Freud incluye el factor económico relacionando el placer y el displacer con la cantidad de excitación existente en la vida anímica, correspondiendo el displacer a una elevación y el placer a una disminución de tal cantidad. Una excitación no ligada a factor alguno determinado. Una de las tendencias del aparato anímico es la de conservar lo más baja posible o, por lo menos, constante esa cantidad de excitación. Sin embargo, a la tendencia de placer se oponen otras fuerzas que a veces no le dejan llegar a este fin pues puede resultar inútil, y hasta peligroso para la seguridad y supervivencia del organismo frente a las dificultades del mundo exterior. De este modo, bajo el influjo del instinto de conservación del yo queda sustituido el principio del placer por el principio de la realidad, que, sin abandonar el propósito de conseguir placer, exige y logra una renuncia a la satisfacción y un aplazamiento de la misma, forzando a aceptar el displacer durante el rodeo necesario para llegar al placer.

Otra fuente del displacer surge de los conflictos y disociaciones que tienen lugar en el aparato psíquico mientras el yo se constituye en organizaciones más complejas. Las representaciones y deseos intolerables son separados de la unidad del yo por el proceso de la represión, alejados de la conciencia y privados de la posibilidad de una satisfacción o expresión. Si los deseos sexuales reprimidos llegan por caminos indirectos a una satisfacción directa o sustitutiva, este éxito, en vez de experimentarse como placer, es sentido por el yo como displacer. Este proceso se encuentra en la base de todo displacer neurótico.

Entre los afectos penosos con los que se viste el displacer encontramos el miedo, la repugnancia, la angustia (que es una señal), la vergüenza, el dolor, la tristeza, la moral. Estos poderes anímicos se constituyen durante la infancia, se oponen al instinto sexual y lo canalizan, marcándole su curso a manera de dique. Se trata de un proceso orgánicamente condicionado que la educación se va a ocupar de imprimirlo más profundamente y depurarlo. Gracias a los diques, las pulsiones son desviadas de sus fines sexuales y orientadas hacia otros distintos (sublimación).

Todas las represiones tienen lugar en la primera infancia; son medidas defensivas primitivas tomadas por el yo inmaduro y débil. En años posteriores los nuevos conflictos son solucionados por lo que llamamos «represión posterior» que está sobredeterminada por el influjo de las represiones primarias.

Cuando el paciente se psicoanaliza produce madurez y fuerza para emprender una revisión de esas antiguas represiones; para destruir algunas y para reconocer otras y/o reconstruirlas con un material más sólido. Estos nuevos diques son más fuertes que los primeros y no ceden tan fácilmente ante el aumento de las exigencias pulsionales. Así, el verdadero resultado de la terapéutica psicoanalítica es la corrección subsiguiente del proceso de represión primitivo que pone fin al predominio del factor cuantitativo.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

En *Proyecto de una Psicología para neurólogos* "El Dolor" se dirime como una cuestión de cantidad y es delimitada la vivencia del dolor como grandes cantidades de energía (Q) que irrumpen a través de los dispositivos de pantalla, hacia Psi. El dolor produce en Psi:

1. Gran aumento de nivel de cantidad que es sentido como displacer.
2. Una tendencia a la descarga.
3. Una facilitación entre esta tendencia a la descarga y una imagen mnémica del objeto algógeno y hostil.

El dolor posee una cualidad especial que se manifiesta paralelamente al displacer.

Podríamos considerar la vivencia del dolor, como lo hacemos con la de placer, dos tipos de vivencias cuyos residuos son los afectos y los estados desiderativos. Los afectos y los estados desiderativos tienen en común que entrañan un aumento de la tensión cuantitativa. En el afecto se produce por un desprendimiento repentino. En el deseo, por sumación. Los dos estados tienen mucha importancia para el pasaje de cantidad, puesto que tras de sí dejan motivaciones de tipo convulsivo a favor de dicho pasaje. El estado desiderativo produce como una atracción positiva hacia el objeto deseado o más bien, hacia su imagen mnemónica (atracción desiderativa primaria). En la vivencia dolorosa se produce una repulsión. Una aversión a mantener catectizada la imagen mnemónica hostil (defensa, rechazo primario o represión).

DOLOR FÍSICO/DOLOR PSÍQUICO

Hay dolores que pueden estar orgánicamente determinados, pero son mayores en los sujetos nerviosos. Hay dolores que inicialmente pudieron tener una justificación orgánica pero que después son objeto de una elaboración que los adapta a los fines de la neurosis. En un enfermo puede haberse establecido una asociación entre sus impresiones anímicas dolorosas y ciertos dolores físicos padecidos en la misma época, y emplear a partir ahí la sensación somática como símbolo de la psíquica.

Puede suceder que una percepción evoque la imagen mnemónica de una sensación dolorosa, de modo que se siente el displacer correspondiente y se repiten los movimientos defensivos adecuados. Uno de los principios de Darwin, el de "derivación de las excitaciones", permite esclarecer algunos movimientos expresivos. Por ejemplo sustituir los gritos por otras inervaciones motoras en el caso de los estímulos dolorosos.

Existen factores externos al individuo que pueden infringirle dolor. Pero también existe el cansancio doloroso. A veces un dolor experimentado en un sueño puede perdurar como dolor físico real. Una preocupación, una reflexión o un conocimiento pueden resultar dolorosos.

Dolores de cabeza fundamentados por un recuerdo, perteneciente a una cadena de recuerdos, a la que se enlaza el detalle de una escena. Sensaciones dolorosas en los genitales cuya determinación se encuentra en escenas siguiendo una idea que conduce de las primeras escenas traumáticas

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

(experiencias del lenguaje) a las concatenaciones asociativas existentes detrás de ellas. Síndromes que corresponden al contenido sensorial de las escenas infantiles, alucinatoriamente reproducidos y muchas veces dolorosamente intensificados. Sensaciones y dolores, que podían ser referidos precisamente a los más antiguos recuerdos y/o fantasías infantiles.

Y aquí es cuando separamos lo biológico de lo psíquico. Cuando nos damos cuenta de que los fenómenos psíquicos se fundamentan en procesos psíquicos. Se estructuran como un lenguaje.

¿Hay siempre una historia subyacente a un dolor? ¿Existe un dolor fóbico? ¿Un dolor para escapar? Si la angustia es la señal, ¿el dolor es la evocación de lo que salvó del dolor, lo que lo interrumpió, asociado al dolor, pero que evoca el dolor, para no llegar a lo que produjo el dolor? A lo que produjo el dolor no se puede llegar si no es mediante la interpretación, porque es del deseo inconsciente y su renuncia de lo que hablamos.

La cuestión es más compleja de lo que parece pues, ¿qué sucede con la angustia? ¿Qué diferencia hay entre la angustia y el dolor como afecto? ¿No se deriva la angustia también de un aumento de la cantidad de energía somática que se elabora por vía somática y que con frecuencia se asocia a síntomas psíquicos como la fobia? ¿El dolor se presenta más frecuentemente asociado a la enfermedad psicósomática o a la orgánica? ¿Qué encontramos en la depresión que siempre precede a una enfermedad orgánica? ¿Y en la melancolía donde la elaboración somática de los estímulos queda subsumida a una elaboración psíquica, donde es todo psíquico y es como si no tuviese cuerpo?

EL DOLOR EN DIFERENTES ESTRUCTURAS PSÍQUICAS

Un enfermo que padece **dolores orgánicos** los describe con toda precisión y claridad, detallando si son o no lancinantes, con qué intervalo se presentan, a qué zona de su cuerpo afectan y cuáles son, a su juicio, las influencias que los provocan.

El **neurasténico** que describe sus dolores nos da la impresión de hallarse entregado a una difícil labor intelectual, superior a sus fuerzas. Su rostro se contrae como bajo el dominio de un afecto penoso; su voz se hace aguda, busca trabajosamente las expresiones y rechaza todos los calificativos que el médico le propone para sus dolores, aunque luego se demuestren exactos. Pareciera que 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.

El neurasténico no se fatiga jamás 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 proviene de que sus dolores han acaparado por completo su atención.

Cuando estimulamos en un enfermo orgánico o en un neurasténico una zona dolorosa, vemos pintarse una expresión de desagrado o dolor físico en la fisonomía del paciente, el cual se contrae bruscamente, elude el contacto o se defiende contra él.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

En el caso de la **histeria** puede producirse, en cambio, que cuando se oprime o se pellizca la piel o la musculatura hiperalgésica el paciente muestra una singular expresión, como le sucedía a Isabel de R. uno de los historiales de la histeria descritos por Freud. Isabel gritaba más bien de placer que de dolor, como quien experimenta un voluptuoso cosquilleo, se ruborizaba intensamente, cerraba los ojos y doblaba su torso hacia atrás, sin exageración, pero lo suficiente como para poder pensar que la enfermedad de la sujeto era una histeria y que el estímulo había tocado una zona histérica. En este caso, la expresión de la paciente no podía corresponder al dolor, que, según ella, le producía la presión ejercida sobre los músculos o la piel, sino más probablemente al contenido de los pensamientos que se ocultaban detrás de tales dolores, pensamientos que eran despertados en la enferma por el estímulo de las zonas de su cuerpo en ellos asociados. Su atención estaba retenida no en el dolor, sino en el fenómeno concomitante: pensamientos y sensaciones enlazados con dichos dolores.

En la histeria se produce un conflicto y como resultado de este conflicto la representación erótica queda expulsada de la asociación, y el afecto concomitante es utilizado para intensificar o renovar un dolor psíquico. De este modo se logra expulsar de la conciencia una representación erótica y se transforma su magnitud de afecto en sensaciones somáticas dolorosas. Este fenómeno recibe el nombre de *conversión de defensa*. En lugar de los sufrimientos anímicos que el sujeto se ahorra aparecen los dolores físicos.

¿Qué se convierte en dolor físico? algo que hubiera podido y debido llegar a ser dolor psíquico. ¿Por qué son los dolores en una parte determinada del cuerpo, por ejemplo, las piernas, los que se adjudican la representación del dolor psíquico? Por las circunstancias del caso, que hicieron que el dolor, a pesar de no ser creado por la neurosis fuese utilizado, intensificado y conservado por ella.

La fenomenología del dolor muestra que puede aparecer en forma de ataques. La **neurosis de angustia** puede considerarse como la contrapartida somática de la histeria. Tanto en una como en otra se produce una acumulación de la excitación y en ambas se da una insuficiencia psíquica, a consecuencia de la cual surgen procesos somáticos anormales. En lugar de una elaboración psíquica, se produce en ambas una desviación de la excitación hacia lo somático, la diferencia es que en la neurosis de angustia la excitación que se desvía hacia lo somático es puramente somática (excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto psíquico).

El dolor en la **melancolía** se deriva de la retirada de la libido de los objetos que, son introyectados para no perderlos y ocupan una parte del yo con la consecuente pérdida de esa parte del yo por identificación con el objeto. La melancolía se caracteriza por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones, y la disminución del amor propio asociado con un ataque que el melancólico se hace a sí mismo lanzándose fuertes críticas y reproches. El **duelo** intenso es la reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior mientras no recuerde a la persona fallecida, la pérdida de la capacidad de elegir un nuevo objeto amoroso (sustitución del desaparecido) y el apartamiento de toda función no relacionada con la memoria del ser querido. Sucede en el duelo como en el dolor orgánico. Un

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

individuo aquejado de un dolor o un malestar orgánico cesa de interesarse por el mundo exterior, en cuanto no tiene relación con su dolencia. También retira de sus objetos eróticos el interés libidinoso, cesando así de amar mientras sufre. El enfermo retrae a su yo sus cargas de libido para destacarlas de nuevo hacia la curación.

¿En qué consiste la labor que el duelo lleva a cabo? El examen de la realidad ha mostrado que el objeto amado no existe ya, y demanda que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Contra esta demanda surge una resistencia natural, pues el hombre no abandona gustoso ninguna de las posiciones de su libido, aun cuando les haya encontrado una sustitución. Esta resistencia puede ser tan intensa que surjan el apartamiento de la realidad y la conservación del objeto, por medio de una psicosis optativa alucinatoria. Lo normal es que la realidad obtenga la victoria. Pero es algo que no se produce inmediatamente sino que se realiza de un modo paulatino, con gran gasto de tiempo y de energía psíquica, continuando mientras tanto la existencia psíquica del objeto. Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace de la libido con el objeto, es sobrecargado, realizándose en él la sustracción de la libido. Esta transacción resulta muy dolorosa. Al final de la labor del duelo vuelve a quedar el Yo libre y exento de inhibición.

Explicamos el doloroso sufrimiento de la melancolía, estableciendo la hipótesis de una reconstrucción en el Yo, del objeto perdido, esto es, la sustitución de una carga de objeto, por una identificación. Tal sustitución participa considerablemente en la estructuración del Yo, y contribuye a la formación de su «carácter».

En la **manía**, tiene que haber dominado el Yo la pérdida del objeto (o el duelo producido por dicha pérdida o quizá al objeto mismo), quedando así disponible todo el montante de contracarga que el doloroso sufrimiento de la melancolía había atraído del Yo. El maníaco se emancipa del objeto que le hizo sufrir, emprendiendo con ansia, nuevas cargas de objeto.

La **hipocondría** se manifiesta, como la enfermedad orgánica, en sensaciones somáticas penosas o dolorosas, y coincide también con ella en cuanto a la distribución de la libido. El hipocondriaco retrae su interés y su libido de los objetos del mundo exterior y los concentra sobre el órgano que le preocupa. Entre la hipocondría y la enfermedad orgánica observamos una diferencia: en la enfermedad, las sensaciones dolorosas tienen su fundamento en alteraciones comprobables, y en la hipocondría, no. Pero tampoco en la hipocondría deben faltar alguna alteración orgánica. ¿En qué consistirán, pues?

En el aparato genital externo en estado de excitación tenemos el prototipo de un órgano que se manifiesta dolorosamente sensible y presenta cierta alteración, sin que se halle enfermo. No está enfermo y, sin embargo, aparece hinchado, congestionado, húmedo, y constituye la sede de múltiples sensaciones. Damos el nombre de "erogeneidad" a la facultad de una parte del cuerpo de enviar a la vida anímica estímulos sexualmente excitantes. Ciertas otras partes del cuerpo -las zonas erógenas- pueden representar a los genitales y comportarse como ellos. La erogeneidad es una cualidad general de todos los órganos, pudiendo hablar entonces de la intensificación o la disminución de la misma en una determinada parte del cuerpo. Paralelamente a cada una de estas alteraciones de la erogeneidad en los órganos, podría tener efecto una alteración de la carga de libido en el yo. Tales serían, pues, los factores básicos de la hipocondría, susceptibles de ejercer sobre la distribución de la libido la misma

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

influencia que la enfermedad material de los órganos. A diferencia de las zonas erógenas de la histeria, en la histeria la zona erógena está asociada a alguna palabra o recuerdo, mientras que en la hipocondría lo erógeno es el órgano. Asociada a una neurosis de angustia puede llegar a dañarlo pasando entonces a constituirse una estructura psicósomática (por ejemplo en el caso de la úlcera). En ese sentido la enfermedad psicósomática no tiene mecanismo psíquico.

La **neurosis traumática** es el resultado de una extensa rotura de la protección contra las excitaciones de una manera abrupta, sin dar tiempo al aparato psíquico a prepararse para ello, es decir, sin angustia previa que de la señal de que se aproxima un peligro. Probablemente, el displacer específico del dolor físico es el resultado de haber sido rota la protección en un área limitada. La vida anímica reacciona a esta invasión y desde todas partes acude la energía de carga para crear, en los alrededores de la brecha producida, grandes acopios de energía, formándose una "contracarga" a favor de la cual se empobrecen todos los demás sistemas psíquicos, resultando una extensa parálisis o minoración del resto de la función psíquica. La violencia mecánica del trauma libertaría el quantum de excitación sexual, el cual, a consecuencia de la diferencia de preparación a la angustia, actuaría traumáticamente; la herida simultánea ligaría por la intervención de una sobrecarga narcisista del órgano herido el exceso de excitación. Perturbaciones tan graves de la distribución de la libido como la de una melancolía son interrumpidas temporalmente por una enfermedad orgánica intercurrente, y hasta una demencia praecox en su total desarrollo puede experimentar en tales casos una pasajera mejoría.

SUEÑOS Y DOLOR

Es común que en las **neurosis traumáticas** la situación vital experimentada se sueñe reviviendo el dolor que supuso para el sistema, mientras que por el día trata de olvidarse.

El relato de los **sueños de la muerte de personas queridas** se presenta a veces de una manera desafectivizada, sin dolor asociado, mientras que en otras oportunidades el sueño penoso se hace acompañar por una profunda aflicción. Cuando el relato del sueño aparece sin afecto es porque el afecto no responde al contenido manifiesto sino al latente, es decir, el contenido manifiesto encubre otro deseo que no trae consigo motivo ninguno de duelo. Cuando aparecen sentimientos dolorosos asociados al relato del sueño, es porque su sentido es, en efecto, el que aparece en su contenido manifiesto, es decir, el deseo de que muera la persona a la que se refiere. En este caso la elaboración onírica ha conseguido burlar a la censura pero no tanto como para que no pase al contenido manifiesto un resto de los afectos dolorosos de las ideas latentes. El análisis nos muestra que las ideas latentes eran aún mucho más dolorosas que el sueño formado a sus expensas.¹

¹ Recordemos que el sueño contado es el texto manifiesto que sirve de materia prima para la labor del psicoanálisis. Es, a su vez, el resultado de un trabajo del sueño con la condensación y el desplazamiento sobre el contenido del sueño para que éste pueda pasar a la conciencia de manera disfrazada en la forma del sueño manifiesto. El psicoanálisis construye, mediante la interpretación, el deseo inconsciente sexual, infantil y reprimido que se realiza en el sueño, a partir de las asociaciones libres del paciente desde el relato manifiesto.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

SADISMO-MASOQUISMO

Estudiando otra perspectiva del dolor, la de la pasividad/actividad frente a él (infringirlo/sufrirlo), el sadismo parece perseguir, además de la humillación y el dominio, el causar dolor. Ahora bien, el psicoanálisis demuestra que el causar dolor no está entre los actos finales primitivos de la pulsión. El niño sádico no se propone causar dolor expresamente. Pero una vez llegada a efecto la transformación en masoquismo, resulta el dolor muy apropiado para suministrar un fin pasivo masoquista, pues todo nos lleva a admitir, que también las sensaciones dolorosas, como en general todas las displacientes se extienden a la excitación sexual y originan un estado placiente, que lleva al sujeto a aceptar de buen grado el displacer del dolor. Una vez que el experimentar dolor ha llegado a ser un fin masoquista, puede surgir también el fin sádico de causar dolor, y de este dolor goza también aquel que lo inflige a otros, identificándose, de un modo masoquista, con el objeto pasivo. Lo que se goza en ambos casos no es el dolor mismo, sino la excitación sexual concomitante, cosa especialmente cómoda para el sádico. El goce del dolor sería, pues, un fin originariamente masoquista, pero que sólo dado un sadismo primitivo puede convertirse en fin.

La tendencia a causar dolor al objeto sexual o ser maltratado por él es la más frecuente e importante de las perversiones, y sus dos formas, activa y pasiva, son el sadismo y el masoquismo. El dolor que en esta perversión ha de ser superado constituye, como antes la repugnancia y el pudor, la resistencia que se coloca enfrente de la libido. Se ha afirmado también que cada dolor lleva en sí y por sí mismo la posibilidad de una sensación de placer. Todo lo que se enlaza al problema del placer y el dolor toca en uno de los puntos más sensibles de la Psicología moderna.

Hasta que en las unidades de dolor no se tengan en cuenta todos estos elementos que estamos analizando no podrán convertirse en unidades contra el dolor.

CULPA INCONSCIENTE Y NECESIDAD DE CASTIGO

Toda neurosis oculta cierta cantidad de sentimiento de culpabilidad inconsciente, el cual a su vez refuerza los síntomas al utilizarlo como castigo. Podemos llegar a afirmar que cuando un contenido sufre la represión, sus elementos libidinales se convierten en síntomas, y sus componentes agresivos, en sentimiento de culpabilidad. Esta ambivalencia, de origen real unas veces y constitutivo otras, ha de tenerse muy en cuenta entre las premisas de la melancolía. Cuando el amor al objeto, amor que ha de ser conservado no obstante el abandono del objeto, llega a refugiarse en la identificación narcisista, recae el odio sobre este objeto sustitutivo, calumniándolo, humillándolo, haciéndole sufrir y encontrando en este sufrimiento una satisfacción sádica. El tormento placiente, que el melancólico se inflige a sí mismo, significa la satisfacción de tendencias sádicas y de odio, orientadas hacia un objeto, pero retrotraídas al Yo.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

El análisis de los actos obsesivos muestra que el sujeto que padece obsesiones y prohibiciones se conduce como si se hallara bajo la soberanía de una consciencia de culpabilidad, de la cual no sabe lo más mínimo. Se trata de una culpa inconsciente que tiene su origen en acontecimientos psíquicos precoces, pero encuentra una renovación constante en tentaciones recientes y produce una expectación angustiosa de acontecimientos desgraciados, enlazada, por el concepto del castigo, a la percepción interior de la tentación. La culpabilidad que atormenta al sujeto, corresponde a otro contenido desconocido (inconsciente) y que ha de ser buscado en el Complejo de Edipo. La consciencia de la culpabilidad sobreviene de la percepción y la condena de impulsos y sentimientos orientados hacia el mal, pero que jamás se han traducido en una acción. Se basa en realidades puramente psíquicas y no en realidades materiales. La consciencia de culpa fue, originariamente, miedo al castigo de los padres o a perder el amor de los mismos.

Lo que el complejo de Edipo nos revela es que el niño quiere tener a la madre para sí solo, que la presencia del padre le contraría, que se enfurruña cuando el mismo da a la madre muestras de ternura y que no esconde su satisfacción cuando su progenitor se halla ausente o parte de viaje. Es el complejo de Edipo el que ha sugerido a la Humanidad la consciencia de su culpabilidad, última fuente de la religión y de la moral. El caso de los delincuentes por sentimiento de culpa muestra como la culpa inconsciente es previa al delito y el delito es la vía para alcanzar el castigo que calme esa culpa. Lo mismo sucede en los niños cuando se portan mal para provocar el castigo y una vez obtenido se muestran tranquilos y contentos. El resultado de la labor analítica muestra que tal oscuro sentimiento de culpabilidad procede del complejo de Edipo, siendo una reacción a las dos grandes intenciones criminales: matar al padre y gozar a la madre. El asesinato del padre y el incesto con la madre son los dos magnos delitos de los hombres, los únicos perseguidos y condenados como tales en las sociedades. En efecto, cada individuo recorre esta fase, pero luego reprime enérgicamente su contenido, llegando a olvidarlo. La repugnancia ante el incesto y un enorme sentimiento de culpabilidad son residuos de esa prehistoria individual.

El sentimiento de culpabilidad puede tomar formas estructuralmente equivalentes, que "cumplen" la misión de calmar la culpa: sentimiento de inferioridad, enfermedad o castigo. Una neurosis puede desaparecer cuando el sujeto contrae un matrimonio desgraciado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica, es decir, cuando un padecimiento queda sustituido por otro, pues de lo que se trata es de conservar cierta cuota de dolor.

FACTOR DINÁMICO: YO – ELLO – SUPERYO

El sentimiento de culpabilidad (o de inferioridad) puede ser considerado como la expresión de un estado de tensión entre el yo y el ideal.

El Super-Yo conservará el carácter del padre, y cuanto mayores fueron la intensidad del complejo de Edipo y la rapidez de su represión (bajo las influencias de la autoridad, la religión, la enseñanza y

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

las lecturas), más severamente reinará, después, sobre el Yo, como conciencia moral o quizá como sentimiento inconsciente de culpabilidad.

En la melancolía el superyó le reclama ciertas cesiones y renunciaciones al yo, que se hacen insoportables y encarnizadas y cada vez más exigentes. En la manía el yo se libra de las exigencias del superyó y queda más expuesto al influjo del Ello.

Existe una conocida anécdota de aquel juez aldeano, que propuso ahorcar a uno de los tres sastres del pueblo en sustitución del único herrero en él establecido y verdadero culpable del delito que había que castigar. El caso es ejecutar el castigo, aunque éste no recaiga sobre el culpable.

Se trata de un factor de orden moral, de un sentimiento de culpabilidad, que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo que la misma significa. Pero este sentimiento de culpabilidad permanece mudo para el enfermo. No le dice que sea culpable, y de este modo, el sujeto no se siente culpable, sino enfermo.

El sentimiento normal consciente de culpabilidad (conciencia moral) reposa en la tensión entre el Yo y el ideal del Yo y es la expresión de una condena del Yo por su instancia crítica. El Super-Yo ha sabido aquí, del Ello inconsciente, algo más que el Yo.

En la melancolía el Super-Yo ha atraído a sí la conciencia sin que el Yo proteste. Se reconoce culpable y se somete al castigo. En la neurosis obsesiva se trata de impulsos repulsivos que permanecen exteriores al Yo. En cambio, la melancolía nos muestra que el objeto, sobre el cual recaen las iras del Super-Yo, ha sido acogido en el Yo.

El sentimiento de culpabilidad es la percepción correspondiente a esta crítica en el Yo) y desarrollar como tal un tan extraordinario rigor contra el Yo. El Super-Yo, extremadamente enérgico, se encarna implacablemente contra el Yo, como se hubiera apoderado de todo el sadismo disponible en el individuo. El componente destructor se ha instalado en el Super-Yo y vuelto contra el Yo. En el Super-Yo reina entonces el instinto de muerte, que consigue, con frecuencia, llevar a la muerte al Yo, cuando éste no se libra de su tirano refugiándose en la manía.

En el contenido manifiesto de las fantasías masoquistas se manifiesta también un sentimiento de culpabilidad al suponerse que el individuo correspondiente ha cometido algún hecho punible (sin determinar cuál) que ha de ser castigado con dolorosos tormentos. Se nos muestra aquí algo como una racionalización superficial del contenido masoquista; pero detrás de ella se oculta una relación con la masturbación infantil. Este factor de la culpabilidad conduce, por otro lado, a la tercera forma, o forma moral del masoquismo. El masoquismo femenino descrito reposa por completo en el masoquismo primario erógeno, el placer en el dolor.

El sentimiento inconsciente de culpabilidad no es aceptado fácilmente por los enfermos. Saben muy bien en qué tormento (remordimientos) se manifiesta un sentimiento consciente de culpabilidad, y no pueden, por tanto, convencerse de que abrigan en su interior movimientos análogos de los que nada perciben. El yo reacciona con sentimientos de angustia a las exigencias del super-yo.

El super-yo del neurótico se enfrenta aún con el yo como el severo padre con el hijo, y su moralidad actúa de un modo primitivo, haciendo que el yo se deje castigar por el super-yo. La enfermedad es usada como medio de este "autocastigo" y el neurótico se ve forzado a conducirse

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

como si le dominase un sentimiento de culpabilidad, que exigiese, para su satisfacción, la enfermedad como castigo. Todo castigo es, en el fondo, la castración y como tal, el cumplimiento de la antigua actitud pasiva con respecto al padre.

Por consiguiente, conocemos dos orígenes del sentimiento de culpabilidad: uno es el miedo a la autoridad; el segundo, es el temor al super-yo. El primero obliga a renunciar a la satisfacción de los instintos; el segundo impulsa, además, al castigo, dado que no es posible ocultar ante el super-yo la persistencia de los deseos prohibidos.

Advertimos ahora la relación que existe entre la renuncia a los instintos y el sentimiento de culpabilidad. Originalmente, la renuncia es una consecuencia del temor a la autoridad exterior; se renuncia a satisfacciones para no perder el amor de ésta. Una vez cumplida esa renuncia, se han saldado las cuentas con dicha autoridad y ya no tendría que subsistir ningún sentimiento de culpabilidad. Pero no sucede lo mismo con el miedo al super-yo. Aquí no basta la renuncia a la satisfacción de los instintos, pues el deseo correspondiente persiste y no puede ser ocultado ante el super-yo. En consecuencia, no dejará de surgir el sentimiento de culpabilidad, pese a la renuncia cumplida. La renuncia instintual ya no tiene pleno efecto absolvente; la virtuosa abstinencia ya no es recompensada con la seguridad de conservar el amor, y el individuo ha trocado una catástrofe exterior amenazante –pérdida de amor y castigo por la autoridad exterior- por una desgracia interior permanente: la tensión del sentimiento de culpabilidad. La agresión por la conciencia moral perpetúa así la agresión por la autoridad.

Es entonces el producto directo del conflicto entre la necesidad de amor parental y la tendencia a la satisfacción pulsional, cuya inhibición engendra la agresividad. Al impedir la satisfacción erótica se desencadenaría cierta agresividad contra la persona que impide esa satisfacción, y esta agresividad tendría que ser a su vez contenida. Pero en tal caso sólo sería nuevamente la agresión la que se transforma en sentimiento de culpabilidad al ser coartada y derivada al super-yo. El sentimiento de culpabilidad no es, en el fondo, sino una variante topográfica de la angustia de castración.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (2005). "SIGMUND FREUD. OBRAS COMPLETAS" Tomos 1 al 9. Traducción López Ballesteros, 3ª edición. Ed. Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (1987). "LOS CUATRO CONCEPTOS FUNDAMENTALES DEL PSICOANÁLISIS". Ed. Paidós.
- Menassa, M.O. (1993). "FREUD Y LACAN HABLADOS 2. ACTUALIZACIONES PSICOANALÍTICAS Nº2". Madrid. Ed. Escuela de Psicoanálisis Grupo Cero.
- Menassa, M.O. (1998). "FREUD Y LACAN HABLADOS 1". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Menassa, M.O. (2000). "FREUD Y LACAN HABLADOS 2. PSICOANÁLISIS". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Menassa, M.O. (2014). "FREUD Y LACAN HABLADOS 3. DUELO Y MELANCOLÍA". Madrid. Ed. Grupo Cero.

REPRESIÓN, DOLOR Y CULPA. OBSERVACIONES TEÓRICAS PARA UN ESTUDIO PSICOANALÍTICO DEL DOLOR

- Menassa, M.O. (2014). "FREUD Y LACAN HABLADOS 4. CLASES SOBRE LA HISTERIA Y EL PROYECTO". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Menassa, M.O. (2014). "FREUD Y LACAN HABLADOS 5. SEGUNDA TÓPICA". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Menassa de Lucía, A. y Rojas Martínez, P. (2012). "MEDICINA PSICOSOMÁTICA II. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA HISTERIA, LA ENFERMEDAD ORGÁNICA Y LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Rojas Martínez, P. y Menassa de Lucía, A. (2005). "MEDICINA PSICOSOMÁTICA I. CUESTIONES PRELIMINARES". Madrid. Ed. Grupo Cero.
- Rojas Martínez, P. (1998) "DEPRESIÓN Y DOLOR" en "Actas del VI Congreso Internacional Grupo Cero. La Depresión, una enfermedad sin rostro (Psicoanálisis).