**Los diálogos del dolor psíquico y físico**

**¿Qué duele cuando duele?**

**Reflexiones**

**Resumen.**

Se realiza un recorrido sobre la teoría del dolor en psicoanálisis, considerando la relación bidireccional entre el dolor físico y psíquico, desde la pérdida del objeto hasta la lesión traumática, pasando por el dolor conversivo, masoquista, hipocondriaco y psicosomático.

El dolor es el motivo de consulta más frecuente en la práctica médica, fluctuando entre un 11 y 40% de las prestaciones en salud, y pudiendo aparecer dentro de la anamnesis en aproximadamente el 70% del total de consultas. En Europa la prevalencia de dolor crónico, moderado a severo, afecta al 19% del total de la población adulta, mientras que en Estados Unidos esta cifra se estima en 35% (Miranda, J. Quezada, p. 2013). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) en América Latina la prevalencia de dolor crónico en la población general alcanza un 31% en Río de Janeiro y 33% en Santiago de Chile.

Las principales patologías que producen dolor crónico corresponden a las de origen musculoesquelético, con una mayor frecuencia en mujeres de mayor edad, estimándose una prevalencia para el dolor crónico no oncológico entre un 10% a un 50%. Además, los pacientes con dolor crónico usan los servicios de salud cinco veces más que la población general, ya que éstas se relacionan a altas tasa de invalidez temporal (licencias médicas) o permanente (dictámenes de invalidez) (Miranda, J. Quezada, P. 2013).

La IASP [[1]](#footnote-1)(International Association for the Study of Pain, 1979, 1986) define el dolor como una "experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión". Esta definición otorga especial importancia a la subjetividad, entregando un rol preponderante a los factores psicológicos como mediadores de la percepción, mantenimiento y exacerbación del dolor, pudiendo estar desencadenado o no por procesos biológicos. Incluir en la comprensión las variables psicológicas ha permitido la progresiva incorporación de la Psicología y los psicólogos en el estudio y tratamiento del dolor (Truyols, M. Perez, J. 2008).

Desde el psicoanálisis, en nuestra práctica clínica, los analistas nos topamos constantemente con el dolor físico, sin embargo, tendemos a concentrar nuestro interés en el dolor psíquico, corriendo el riesgo de no dar relevancia a aquellos síntomas o dolores físicos, ya que además, debemos enfrentarnos con las dificultades de los pacientes que no puedan expresar su subjetividad mediante el habla.

Debemos considerar la estrecha relación entre la dinámica del dolor psíquico y el dolor físico. Su intercurrencia inconsciente, su mutua influencia y entrecruzamientos. Nuestra propuesta es que incorporarlos en el análisis otorga mayores posibilidades de lograr alivio y mejoría.

Es así como Joyce Mc Dougall (1993) plantea que “el dolor es un puente que asegura el vinculo entre psique y soma, la frontera entre el dolor físico y psíquico es muy sutil, entre el cuerpo erógeno y el cuerpo físico. El dolor es un representante psicológico. No se puede seguir explorando los signos del soma en el discurso psicoanalítico sin plantear el “ status del cuerpo en cuanto objeto para la psique”” (p. 318) .

J.D. Nasio (2007) hace una interesante propuesta que profundiza en algunos elementos teóricos de la definición de dolor dada por la IASP antes citada señalando que “la IASP reconoce que el dolor podría existir únicamente en lo sentido y en la queja que lo expresa”. Se trata pues de lo sentido, a propósito de una lesión, no necesariamente efectiva sobre los tejidos del cuerpo, ya que puede ser “potencial” e incluso tan solo expresada.

Esta perspectiva aproxima las nociones de dolor psíquico y físico. El dolor de un daño, una agresión sobre la superficie corporal, será percibido como una “excitación brutal” (Nasio, 2017, p.18) en la periferia; incluso si se trata de los órganos internos, será una sensación unida a una imagen-recuerdo (Freud, 1895) externa al yo, dado que la representación del propio cuerpo se imaginariza, es decir, es también una representación. De modo que al producirse el evento agresivo, se producirá simultáneamente a la conmoción, una representación del órgano o zona dañada. Esta representación es investida por una cantidad de excitación aportada por el evento desencadenante. Es desde la representación de la región lesionada de donde emerge la sensación de dolor y es la representación la que concentra las excitaciones dolorosas. Así, el dolor no está en la herida sino en la representación de ésta, permitiendo a su vez múltiples asociaciones conscientes e inconscientes con otras representaciones, recuerdos de otros eventos dolorosos.

Freud comenzó a escribir sobre el dolor en el “Proyecto de Psicología para Neurólogos” (1950 [1895]) en el que propone el principio de inercia neuronal: el aparato psíquico procura siempre aliviarse de la cantidad de energía o cantidad de excitación.

Cuando se produce una tensión provocada por un estímulo externo, el aparato procurará aliviarse de él, descargar la tensión, dejando a su paso una facilitación de la vía recorrida en el camino a la descarga, una memoria (Freud 1895 [1950]; Bueno, 2013). Con el dolor se crea una imagen del objeto excitador del dolor: “imagen-recuerdo” (p.365), como también en el placer una imagen del objeto, (“pecho” por ejemplo) la que al ser reinvestida por el recuerdo, produce un estado que no es de dolor, pero semejante; es un estado de displacer y tiene una tendencia a la descarga correspondiente a la vivencia de dolor (Freud, 1991). (Messina, 2019)

Se puede pensar entonces que un dolor que se inició por un estímulo externo, se repita, posteriormente, con una mínima estimulación por la facilitación establecida con anterioridad.

Así, un estímulo exógeno puede adquirir un equivalente endógeno a partir de este mecanismo de facilitación, apoyado en la imagen recuerdo y la vía de descarga facilitada servirá para uno u otro indistintamente. Es posible que así ocurra en la fibromialgia y otros estados de hipersensibilidad al dolor. Incluso sin necesidad de la presencia del estímulo externo. “El afecto displacentero que produciría un dolor psíquico deviene así dolor físico”(Bueno, 2013, p50). Esta puede ser una fórmula más que ayude a explicar el mecanismo del dolor. Bajo el supuesto que el dolor físico es más tolerable para el yo que el dolor psíquico, es comprensible que pueda sustituirse uno por el otro a través de este mecanismo. (Messina,2019)

En “Más allá del principio del placer” (1920), Freud explica el carácter paralizante del dolor y el empobrecimiento concomitante de los otros sistemas. Quiere decir con ello que tras la perforación de la protección anti estímulo, no es sólo la energía ingresada la que inviste el sistema (o el órgano) sino que también la invisten energías que se ligan por la atracción de este polo energético (si se permite la intervención de lenguaje de la física). Es así que se entiende la concentración de libido narcisista en un órgano dolorido. Por otra parte, “la herida física simultánea (a la violencia mecánica de un trauma) ligaría el exceso de excitación al reclamar una sobreinvestidura narcisista del órgano doliente” (Freud 1920, p.33).

En síntesis, cuando el cuerpo sufre algún tipo de daño, se encuentran las mismas condiciones económicas que en el caso de cualquier dolor, también psíquico. Es decir, se crea un circuito pseudo pulsional que realiza una ligazón, que recolecta cantidades (libido) causando un empobrecimiento del resto de la vida psíquica (Le Poulichet, 2012). Por el contrario, una defensa contra las representaciones dolorosas, implica el establecimiento de conexiones asociativas, esto es el trabajo de elaboración, que devuelve a la vida psíquica lo que estaba enquistado en el cuerpo (Laplanche, 1980, p.77), permitiendo la dispersión de las cantidades (excitación-afecto) en diversas representaciones y la disminución de éstas cantidades con cada nueva traducción.(Messina,2019)

La imagen-recuerdo que queda conectada a la vivencia dolorosa es la del objeto que daña, o el objeto ausente que hiere psíquicamente. Pues bien, también podría tratarse del propio cuerpo, de la región herida sentida como objeto externo la que, como imagen-recuerdo, queda así representada. Por otra parte, la sobrecarga de excitación, inunda el psiquismo, que realimenta el circuito del dolor aportando más excitación, como forma de contrainvestidura, como una defensa inefectiva contra el dolor (Nasio, 2007)

Desde los “Estudios sobre la histeria” (1893-95), Freud trabaja con la suposición de continuidad entre lo psíquico y lo somático. A la pregunta: “¿qué se muda aquí en dolor corporal? La cauta respuesta rezará: algo desde lo cual habría podido y debido devenir dolor anímico” (1895/1991, p.180). Ese algo tiene carácter de cantidad y se refiere al afecto. El afecto, como es sabido, debe separarse de la representación para la represión de ésta, quedando libre este afecto-cantidad, que será convertido (traspuesto) a lo somático.

Por otra parte, Freud distingue el dolor físico del psíquico.

El dolor físico, lo entiende como una reacción que puede ser independiente a la subjetividad, aunque por sí mismo, genera una cualidad psíquica que acerca al estado de angustia y desvalimiento. En este punto es que el dolor físico y psíquico se encuentran. Económicamente “el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico” (Freud, 1925, p. 157).

El dolor anímico es la sensación percibida en el cuerpo frente a la pérdida del objeto.

Por ello nos referimos con la palabra dolor, tanto a lo físico como lo psíquico.

Para Freud, “el enigma del dolor se revela en su exceso. Su cualidad esencial reside en su condición de desmesura, en su estatuto de desbordamiento expresivo y afectivo” (Smadja, 2005, p.55). Vemos, que el exceso en la expresión de dolor se encuentra puesto en el cuerpo, en lugar de lo psíquico, disociando la relación del sujeto con el sufrimiento a nivel de la fantasía o la representación.

La distinción entre dolor físico y dolor psíquico, Smadja la encuentra en el apéndice de Inhibición, síntoma y angustia (1926), donde Freud propone una solución a dicha dualidad, consistente en que el dolor físico se sitúa en la periferia de un órgano lesionado y el dolor psíquico en la periferia de la pérdida de objeto, “dejando su huella en negativo en el tejido psíquico por el dolor moral” (Smadja, 2009, p.61).

 Smadja, al igual que Nasio, plantean en virtud de lo propuesto por Freud, el carácter de representación psíquica que tiene el dolor físico: primero, como imagen del cuerpo para el sujeto, segundo, como el resultado de una desviación de un inminente dolor psíquico cuando una importante investidura se aproxima a un nuevo objeto. “En definitiva, el representante psíquico del lugar del cuerpo lesionado es el objeto de sobre- investidura y no la entidad material corporal” (Smadja, 2009, p. 61). En este sentido introduce la problemática del objeto en la temática del dolor a diferencia de Freud que enfatiza la sobreinvestidura narcisista.

Así, “A raíz del dolor corporal se genera una investidura elevada, que ha de llamarse narcisista, del lugar doliente del cuerpo, esta investidura aumenta cada vez más y ejerce sobre el yo un efecto de vaciamiento” (Freud, 1925, p.160)

Retomando la idea planteada en la definición de dolor de la AISP, tenemos los fenómenos propios de la hipocondría. En esta patología los pacientes presentan dolores corporales pero no hay una lesión tisular comprobable.

En la hipocondría se genera un retorno de la libido al cuerpo, una sobre investidura sobre la totalidad del funcionamiento corporal, a diferencia de la investidura local provocada por una lesión traumática.

Freud, agrega una diferencia patente entre hipocondría y enfermedad orgánica: en el segundo caso las sensaciones penosas tienen su fundamento en alteraciones [orgánicas] comprobables, en el primero no.” (Freud, 1914, p 80)

 Freud formula unas hipótesis interesantes para intentar una explicación de esta situación. Plantea la existencia de una actividad dentro de los órganos del cuerpo que envía estímulos a la vida psíquica, susceptibles de ser percibidos como placer o displacer. Es así, a través de la sensación de placer o dolor, que la “erogeneidad” de los órganos puede ser capitalizada por el aparato psíquico.

Un modelo explicativo es el que aporta el funcionamiento de los órganos genitales. En estado de excitación, es decir, de máxima erogeneidad, pueden ser fuente de dolor. Sin embargo el procesamiento adecuado de esta estimulación es el origen de la cualidad placentera, la cual da cuenta del funcionamiento eficaz del aparato mental.

Es el mismo modelo el que se puede desprender del funcionamiento de las zonas erógenas del cuerpo, según lo planteado en los Tres ensayos sobre una teoría sexual (1905). Freud hace una generalización y señala que no sólo los genitales y las zonas erógenas son susceptibles de generar cualidad psíquica, sino que todos los órganos tienen esa posibilidad. Es la detención o estasis del proceso implicado en el manejo de la erogeneidad la que se traduce en la percepción de dolor del cuerpo. “Podemos decidirnos a considerar la erogeneidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo.” (p.81, “Introducción del narcisismo”)

Freud en (1924/1991), En “El problema económico del masoquismo” enuncia: “También es instructivo enterarse de que, contrariando toda teoría y expectativa, una neurosis que se mostró refractaria a los empeños terapéuticos puede desaparecer si la persona cae en la miseria de un matrimonio desdichado, pierde su fortuna o contrae una grave enfermedad orgánica. En tales casos, una forma de padecer ha sido relevada por otra, y vemos que únicamente interesa poder retener cierto grado de padecimiento” (p. 171).

Estos casos plantean al mismo tiempo la ganancia masoquista de la enfermedad y la intercurrencia inconsciente, es decir, el cruzamiento de un sufrimiento neurótico y un proceso orgánico mórbido. ( Assoun, 1998).

Consideremos una paciente de 40 años, derivada por un neurólogo, con diagnóstico de estrés, refiere lo siguiente: durante los últimos meses se ha sentido agobiada por el acoso y maltrato de su jefe, manifestando una intensa angustia, llanto fácil e insomnio. Cuando llega a casa mantiene una fuerte discusión con su marido, la cual aumenta la angustia. En el baño, impulsivamente se realiza cortes en sus muñecas, refiriendo alivio y culpa por hacerlo, repitiéndolo durante varios días. Una semana después despierta con una sensación de hormigueo en su brazo derecho que se extiende a su cara, acompañada por unas sensaciones eléctricas que aparecen cada media hora causándole fuerte dolor. A pesar del diagnóstico del neurólogo ella considera que sus problemas laborales, que le generan angustia no tienen nada que ver con su dolor en el brazo.

Podemos plantearnos algunas hipótesis; este adormecimiento y dolor en el brazo puede ser un afecto separado de la representación y traspuesto a lo somático; ¿un síntoma conversivo?. Un afecto que no ha logrado ser simbolizado; un fenómeno psicosomático?. Una sobreinvestidura corporal; ¿hipocondría?. Un cambio de un padecimiento por otro; ¿economía masoquista?.

Las investiduras, sobreinvestiduras y general ausencia de simbolización, y la dificultad en la expresión subjetiva de este tipo de padecimientos, abren todas estas preguntas y manifiestan el interjuego en este pasaje del dolor físico al psíquico y/o viceversa. Tal como actualmente solemos encontrarnos en nuestras consultas relatos de conductas autoagresivas, como infringirse dolor a través de cortes, las dietas restrictivas causando desnutrición severa, el abuso de drogas y alcohol, todos comportamientos que parecen querer alejarse del dolor psíquico.

Es un pasaje, un continuo, funcionando en ambas direcciones, y al intentar comprender como y cuanto de ese dolor físico se representa en el psiquismo nos puede entregar una valiosa información sobre los conflictos del paciente.

**REFERENCIAS**

Assoun. P.L. (1977/1998) Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y síntoma. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Bueno Restrepo, J.M. (2013) Afección Autoinmune y goce. Buenos Aires: Letra Viva.

Freud, S. (1905/1990) Tres ensayos de teoría sexual. Sigmund Freud Obras Completas, T. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1914*).* Introducción al narcisismo. Sigmund Freud Obras Completas*,* T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1920/1990). Mas allá del principio del placer. Sigmund Freud Obras Completas. T.XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1924/1991). El problema económico del masoquismo. Sigmund Freud Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1926[1925]/1990) Inhibición, síntoma y angustia. Sigmund Freud Obras Completas, T. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1950 [1895]) Proyecto de psicología para neurólogos. Sigmund Freud Obras Completas, T.I Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990.

Green, A.; Laplanche, J.; Leclaire, S. y Pontalis, J.B. (1969) El inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Laplanche, J. (1980) La sexualidad. Argentina: Ediciones Nueva Visión.

Le Poulichet, S. (2012) Toxicomanías y psicoanálisis: las narcosis del deseo. Buenos Aires: Amorrortu.

McDougall, J. (1993) Alegato sobre una cierta anormalidad*.* Buenos Aires: Paidos .

Messina, L. (2019) Los Fenómenos de Desajuste. Proposición para la clínica psicosomática. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales.

Miranda, J. P, & Quezada, P. (2013) Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. Recuperado 12 marzo, 2018, de <http://www.ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347_original1_59.pdf>

Nasio, J.D. (2007) El dolor físico. Buenos Aires: Gedisa editorial.

Smadja, C. (2005) La vida operatoria. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Truyols, M. M, & Perez, J. (2008) Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. Recuperado 12 marzo, 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1130-52742008000300003

1. The IASP definition of pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage" is derived from a 1964 definition by Harold Merskey, (and it was first published in 1979 by IASP in PAIN, N 6, p 250). [↑](#footnote-ref-1)