

PRESENTACIÓN

VI JORNADA DEL I.E.P.P.M.

(Madrid 4 de octubre de 1999)

EL DOLOR

P. Pérez García

El I.E.P.P.M inaugura hoy el curso de actividades científicas 1999-2000, con un tema que constituye sin duda el centro de nuestra tarea terapéutica: El Dolor, el sentido y el sin sentido del dolor.

El dolor es una experiencia multidimensional, polisémica, de la que no podemos hablar sin hacer referencia a la subjetividad y, por lo mismo, al individuo humano que sufre.

Cualquier exceso de excitación, cuando supera determinado nivel y desborda la barrera de protección, física o psíquica, produce dolor.

Hay tantas modalidades de dolor como de sujetos dolientes, pero, en sentido clínico podríamos distinguir al menos cuatro tipos de dolor con significado muy diferente. En unos casos el dolor está al servicio de la vida y del sujeto, en otros es todo lo contrario, le limita y le impide vivir.

El dolor puede funcionar como sistema de alarma que informa al sujeto de que algo en su organismo no va bien y que conviene informarse, revisar y resolver ese problema antes de que se haga más grave. Un dolor de garganta informa por ejemplo del riesgo de un daño mayor y una vez atendido evitar una posible infección posterior. Este tipo de dolor está al servicio de la vida. Tiene sentido y desempeña una función importante establecer un diagnóstico y buscar un tratamiento.

En otros casos, cuando no hay lesión y aparece el dolor, puede tener también equivalencias de un lenguaje latente, los trastornos funcionales. También tiene un sentido y se puede comprender.

Podemos hablar, y así lo escucharemos esta mañana en el trabajo del Dr. Amaral (Psicoanalista Didacta y Catedrático de Psicoanálisis de la Universidad de Lisboa), del dolor inherente al crecimiento o desarrollo mental del sujeto. Los procesos de cambio y de maduración exigen abandonar posiciones seguras, aceptar la incertidumbre y el sentido de la verdad y esto no puede hacerse sin cierto grado de dolor.

Pero hay otras modalidades de dolor que parecen carecer de sentido, no se entiende fácilmente su función o significado. P. ej.: el dolor derivado de una enfermedad crónica incurable. El diagnóstico ya está hecho, sabemos las causas, se han puesto todos los remedios y el dolor persiste sin sentido. La enfermedad supone para el paciente una violencia arbitraria, injustificada, se convierte en barrera y obstáculo frente a la vida.

Junto a la experiencia dolorosa física se instala la cualidad psíquica de una amenaza discapacitante.

Cuando el grado de excitación dolorosa rebasa la capacidad psíquica de tolerarlo (el umbral es diferente en cada sujeto), se bloquea la capacidad de pensar. El dolor se vuelve intolerable y se hace imprescindible para soportarlo la presencia del "otro" que contenga al yo y pueda ayudarle a suplir sus funciones mentales. En su ausencia, o cuando directamente se rechaza su posibilidad de ayuda solo queda el sentimiento de vacío y desesperanza. La huella que persiste en el sujeto es el miedo, el sentimiento de desvalimiento. La defensa más primaria es la tendencia a huir, evitar el contacto con esa experiencia dolorosa, el recurso masivo a los analgésicos entre los cuales cabe la adicción, el comportamiento compulsivo, el no pensamiento y, a veces, la autodestrucción.

La segunda ponencia de hoy, a cargo de la Dra. Anne Deburge (Psicoanalista de la Asociación Psicoanalítica de París, miembro del I.P.S.O., y responsable de las Consultas de Trastornos Psicosomáticos en el Hospital Pierre Marty) trata de ese tipo de actitudes paradójicas frente al dolor: el recurso a la sobreexcitación y traumatofilia como analgésico potencial frente al dolor psíquico. El dolor contra el dolor. La vida operatoria de los pacientes psicosomáticos, con su concreción funcional y reducción del mundo simbólico, se sitúa con frecuencia en esta encrucijada

Aproximarnos de algún modo a la comprensión de estas paradojas y aparentes contradicciones del no pensamiento supone el cuestionamiento de los límites y del sentido de nuestro trabajo en el Centro de Salud, en la Consulta Privada y en el Hospital, diferentes barrios de la misma ciudad del dolor humano.

ALGUNAS VICISITUDES DEL DOLOR EN LA TEORÍA Y EN LA CLÍNICA

Dr. Rodolfo D'Alvia *

"Creo que la filosofía arranca del primer juicio. La poesía del primer lamento. No sé cual fue la primera palabra que dijo el primer filósofo. Lo que dijo el primer poeta fue ¡Ay! ¡Ay!"

(León Felipe)

Creemos que el estudio de las características del dolor abre un amplio campo para la investigación en Psicoanálisis y nos va a permitir avances en la comprensión teórico-clínica del paciente que sufre.

Entendemos la palabra dolor en sus dos orígenes. El latino (ponea) que significa sufrimiento y pena. Y el griego (poine) que tendría relación con castigo y penalización. Aquí recordamos lo que Freud señaló en Malestar en la Cultura (1930) cuando expresaba que el sufrimiento nos amenaza por tres vías: 1) el propio cuerpo en su camino a la involución y disolución, 2) el mundo exterior que nos expone a fuerzas invencibles y 3) las relaciones con otros seres humanos; nos dice que el amor nos protege, pero señala la paradoja que también el amor es fuente de sufrimientos.

En referencia a los métodos que ejercita el ser humano para evitar el sufrimiento, describe: 1) Recurrir a la intoxicación con sustancias químicas que dan sensaciones de placer. Desde sus investigaciones con la cocaína, como anestésico y antidepresivo, Freud nunca abandonó la esperanza de descubrir un calmante eficaz contra el dolor. El ideal médico de la anestesia que disminuye o inhibe el dolor, muestra la paradoja en la drogodependencia, donde lo que se busca y consigue es el terrible dolor de la abstinencia, 2) Producir actividades contra la naturaleza y controlarla a su voluntad y 3) Aislarse de los otros tratando activamente de quedarse solo, evitar el sufrimiento mediante la desobjetalización y el desinvestimiento vincular, son estrategias con las que se intenta eliminar lo traumático de la angustia de muerte. También recurrir a la creación de espacios delirantes rompiendo el vínculo con la realidad son intentos de evitar el padecimiento.

El desplazamiento libidinal que se genera en la sublimación sería una forma más armónica de defenderse del sufrimiento, la substitución de objetos por otros nuevos es un intento de tramitar lo perdido.

Hemos categorizado provisoriamente tres tipos de dolores, que aunque se interrelacionan, los enunciamos por separado para una mejor comprensión teórica:

* Un dolor más relacionado con lo sensoriomotriz y lo somático en el que se produce una perforación en un área circunscrita. Aquí la experiencia de dolor supone la existencia de un límite y su efracción.

*
Miembro de APA (Asociación Psicoanalítica Argentina)
Miembro del Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires

* Un dolor más aproximado al sufrimiento psíquico (*sufferre*), que puede ser tolerado y contenido dentro de los límites mentales, es decir un sufrir que puede ser pensado.

* Un dolor indiscriminado ligado a una defensa estructural frente a la desorganización psíquica o desmantelamiento psíquico.

En la caracterización del dolor orgánico tuvimos que recurrir a términos neurofisiológicos para entender el dolor desde un punto de vista biológico.

El inicio del dolor se daría a partir de un sitio dañado (efracción) con una serie de hechos electromecánicos hipertrofiados que se denomina NOCICEPCIÓN.

Este concepto incluye la transmisión y conducción de estímulos que parten del área corporal afectada y su percepción en el Sistema Nervioso Central. La transmisión de los estímulos dolorosos, se lleva a cabo a través de dos tipos de fibras nerviosas. Las gruesas mielínicas tipo A Delta, de conducción rápida son activadas por estímulos que excitan mecano-termo receptores. Estas fibras se relacionan con dolores discriminados, agudos y punzantes.

Otra clase de fibras serían las amielínicas del tipo C, de conducción lenta, que se activan mediante estímulos polivalentes e inervan receptores mecánicos, térmicos y químicos; estarían más ligadas a dolores indiscriminados, genéricos y difusos. Conformadas las vías en la médula espinal, se proyectaron por dos vías a las estructuras superiores, la paleoespinal que termina en la corteza fundamentalmente en el área frontal y mediatiza la sensación afectiva del dolor. La otra es la neoespinal que se proyecta vía talámica en la corteza parietal donde se localiza la intensidad del dolor. Dentro de este campo, el dolor es una experiencia sensorial emocional, desagradable y singular.

Aquí también conviene destacar la diferencia entre el dolor agudo y el crónico. El agudo es corto, limpio (sin componentes en el inicio de elementos tóxicos e inflamatorios), recortado, limitado, y se debe a una excitación breve de nociceptores. Si esta agudeza tiene mayor duración intervienen fenómenos inflamatorios o lesionales que afectan a receptores más profundos. En el mecanismo del dolor crónico se comprueba además de procesos inflamatorios o lesiones tisulares, una alteración continua en la sensibilidad del nociceptor, hipersensibilidad que puede facilitar que estímulos menores desarrollen activamente dolores más intensos.

Para una comprensión del dolor más aproximado a sufrimiento psíquico, tenemos que recurrir a la idea Freudiana planteada en el "Yo y el Ello" que la vida psíquica es la función de un aparato extenso que está compuesto de varias partes. Describe al yo como una organización especial mediadora entre el ello y el mundo exterior que sostiene un ser corpóreo y una proyección de esa superficie en el psiquismo.

En ésta y en muchas teorías la noción de cuerpo está unida a la noción de yo que se amplía con el concepto de imagen corporal. La imagen corporal está determinada por un conjunto de representaciones conscientes e inconscientes que se originan en sensaciones exteroceptivas perceptuales y en propioceptivas que contienen todo lo referido al sostén, equilibrio, tensión-distensión y todas las vicisitudes del dolor. "Al fin y al cabo todo dolor no es más que una sensación que sólo existe si la padecemos y nosotros sólo podemos padecer gracias a ciertas disposiciones de nuestro cuerpo" (Malestar en la Cultura).

La organización narcisista del yo, y la fantasmática edípica, asiento del deseo, unifican e integran todas estas experiencias vivenciales, en lo que se dio en llamar el cuerpo erógeno.

La vivencia del dolor descrita en el "Proyecto" por S. Freud en 1895, nos indica que el dolor tiene diferentes orígenes. Aparece como estructurante del psiquismo sirviendo como sistema de alarma frente a sensaciones displacenteras que en comienzo están ligadas a sensaciones corporales. Aquí el yo activa sus defensas y participa en respuestas de lucha o fuga para proteger al individuo, y en la inscripción representacional de la experiencia dolorosa como base de enlaces de futuras representaciones. Estamos aquí, frente a un dolor estructurante como el que acompaña a formar parte de la imagen corporal, con este tipo de dolor se ingresa a la vida psíquica que al irse transformando en sufrimiento, dará origen a lo que luego será representado en el pensamiento.

Si el dolor tiene más intensidad y constancia, el yo puede quedar dominado y sumido en lo desorganizativo que produce, aquí el sufrimiento físico puede actuar como desestructurante del espacio psíquico, con retracciones depresivas secundarias. Bion entendió este dolor como un "bombardeo de elementos beta".

Otros autores (Fonagy, Morgan 1991) plantean que en el desarrollo evolutivo los afectos pueden cursar como organizadores o inhibidores de representaciones mentales. Si el individuo cursa su evolución con un dolor intenso, las defensas para evitar, negar, desmentir o disociar la experiencia dolorosa lleva a la pérdida de ideas, fantasías y afectos con la consecuente restricción de las representaciones psíquicas.

Freud en su artículo de 1915 "La Represión" expresaba que cuando el dolor es intenso actúa como equivalente a una pulsión artificial y al modo del trauma desorganiza al yo. Aquí hay fallas en la barrera de protección antiestímulo afluyendo en forma repentina una cantidad masiva y perentoria de energía no procesada. Pero también puede ocurrir que este dolor traumático, ponga en juego capacidades defensivas del yo, e intente controlar la conmoción interna; el uso de contracatexis al actuar como un modelo de contención pueda cerrar la brecha abierta en el psiquismo por el trauma. Si esto no se consigue, el dolor agudo actúa como incrementador de la tensión endosomática quedando la pulsión sin conexiones representacionales con el riesgo de una desorganización progresiva psicósomática (Marty), y acentuada vulnerabilidad orgánica con sensaciones de desamparo.

Cuando el dolor se hace de mayor duración, en el tiempo, es decir se cronifica, puede promover cierta facilitación defensiva contra el sufrimiento psíquico. Hemos comprobado que ciertos pacientes sostienen el dolor crónico para mantener una disociación mente-cuerpo a fin de evitar desestructuraciones psíquicas mayores. Dentro de esta línea estaría el concepto de PAIN-PRONE, un dolor a predominio orgánico que se mantiene como concentración de estímulos sensoriales e inscripciones psíquicas (al modelo del absceso de trementina) para evitar la aparición de efectos extremos inmanejables por el yo o quedar expuestos al vacío psíquico. Aquí habría dificultades en sostener lo fantasmático del deseo, con un asiento en el dolor orgánico con el que se intenta estabilizar la desorganización psíquica.

Un paciente de 28 años con sensaciones de angustia incontenible provocaba casi conscientemente riesgos como caminar por una cornisa de un acantilado costero, con sufrimiento físico al caerse y lesionarse la piel en varias oportunidades.

Estos traumas corporales promovían asentamiento de representaciones pensables que le permitían reconstruirse con cuidados infantiles de cariño y atención continua como cuando se enfermaba de niño.

Salvador Dalí en Confesiones Inconfesables dice: "¿Y cuántas veces he provocado y sentido la muerte de cerca, desde el tiempo en que me arrojaba desde lo alto de un muro, o de una escalera para experimentar mi cuerpo, con más sensaciones en mis músculos y en mi carne martirizados pero vivos?".

DOLOR HISTORIZADO Y PSICONEUROSIS

Las representaciones que evocan el dolor van a depender de las vivencias intersubjetivas en que se desarrollaron, es trascendente como se inscribió el dolor en la evolución del individuo y como se resignificó a partir de las experiencias emocionales vividas en los momentos críticos. Hablamos así de una subjetividad del dolor, es por eso que un dolor que tenga un mismo origen es diferente para cada sujeto como también es distinto para el mismo sujeto en diferentes momentos de su ciclo evolutivo. El umbral y la tolerancia sufren variables de acuerdo al sexo, edad, nivel socio-cultural, vigilia, sueño y zona corporal comprometida.

Bion (1970) se refiere al dolor cuando describe determinado tipo de personas que toleran poco el dolor y no pueden sufrirlo (soportarlo), ocurriendo que estos pacientes que fracasan en contener el dolor también tienen dificultades en vivir el placer.

Las características de la estructura psíquica de un individuo, son trascendentes en el desarrollo y capacidades del sujeto en resistir, tolerar, evitar, sostener o desmentir el dolor. Si un individuo tuvo una posibilidad evolutiva adecuada, generará aptitudes para sostener el orden del deseo y sus manifestaciones corporales dolorosas estarán dentro de lo psiconeurótico. Es decir que sus síntomas, por ejemplo migraña histérica, tendrán una significación psíquica, un sentido y actuarán como defensa eficaz en el sentido de mantener activa la represión de la representación conflictiva.

Esto está vinculado con algún tipo de significación para el paciente y tiene en el espacio psíquico una conexión representacional con conflictos del orden de la pérdida de un objeto amado (duelo), de la culpa por el dolor que "le causé al otro" o del castigo por lo prohibido "que hice con el otro". Estos tipos de dolor estarían vinculados a una mayor conciencia y responsabilidad psíquica, y ligados con intensidad a otro tipo de afectos (miedo, agresión, angustia).

Las características de estos dolores psíquicos estarían dentro de las caprichosas formas de las sensaciones de displacer de los histéricos y en general promoverían en el yo experiencias que generarían trabajo psíquico. Este dolor-síntoma historizado, quedará registrado como suceso significativo que permitirá distintos tipos de elaboración psíquica. Es expresión de luchas, de conflictos, relacionándose el dolor con la expiación de culpas edípicas (penalización). Freud nos alertaba como la culpa y la depresión son una fuente importante de dolor psíquico dado que es un afecto difícil de soportar por la aparición de sentimientos amenazantes. Esta modalidad de dolor está siempre interrelacionado con procesos psíquicos más evolucionados, pudiendo ser procesado sin grandes alteraciones yoicas. Los dolores corporales que a veces acompañan estas manifestaciones están más en la línea del dolor psicógeno muy ligado a beneficios secundarios, fantasías sexuales y amalgamado a un dolor somático migratorio como vía de expresión de conflictos

psíquicos. Aquí tendríamos también que tener en cuenta, que la depresión haría descender el umbral del dolor y que su mejoría colaboraría en que este también disminuya.

Hay una compleja situación teórico-clínica intermedia entre la neurosis y las patologías narcisistas que se relaciona con pacientes cuya problemática gira alrededor de "erotizar el dolor", y que se presenta también como una defensa ante situaciones traumáticas muy desorganizativas en las que se podrían experimentar un intenso dolor desestructurante. Estas formas de masoquismo narcisista buscan el dolor que produce un placer agregado: "Si soy capaz de soportar el dolor, soy superior y diferente a todos los demás", experimentar este dolor casi místico lleno de excitación preservaría de un dolor psíquico más intenso masivo del orden del terror que puede ser sentido como muerte psíquica.

Dentro de estos modelos paradójales del dolor, otra paciente de 20 años se bañaba expuesto con agua muy caliente, provocándose quemaduras en la piel. En algunas de ellas fue necesario varias veces colocarle apósitos calmantes. Toda esta situación la dejaba psíquicamente sedada, con una actitud de neutralidad benevolente, frente a las crisis de angustia agresiva con las que iniciaba los baños. Esta paciente buscaba a través del dolor un límite, que aunque externo, terminaba convirtiéndose en interno ya que le permitía la certeza de sentirse viva.

Estas situaciones clínicas cobran mayor intensidad en las patologías narcisistas que vamos a diferenciar de las neuróticas.

NARCISISMO Y DOLOR

Dentro del narcisismo pensamos en una línea masoquista de dolor que nos conecta con patologías en las cuáles las vicisitudes del dolor cobran dimensiones que van desde un uso defensivo estructurante del dolor, su desmentida, hasta sentirlo como una injuria narcisista. Este es un dolor indiscriminado y muchas veces difuso, y como expresábamos anteriormente, ligado a una defensa frente a la desorganización psíquica.

La patología narcisista incluye variadas formas nosográficas que contienen en su identidad nuclear las alteraciones del narcisismo: las neurosis polisintomáticas de Kernberg, las personalidades narcisistas de Kohut, las neurosis narcisistas de Freud, las patologías psicósomáticas, la hipocondría, son algunas de las formas que adoptan estas patologías (no incluyo aquí las fragmentaciones del yo que incluirían todas las psicosis desorganizativas).

En la clínica con pacientes con estructuras narcisistas hay indicadores trascendentes como el centramiento en el sí mismo, conflictos en la discriminación objetal, exigencias marcadas desde los ideales, objeto idealizado en la ausencia, pero desvalorizado y denigrado en presencia, angustia difusa, sentimientos depresivos bipolares, dificultades en el manejo de la hostilidad, vacío afectivo, resistencias al cambio con dificultades en procesar los duelos y alteraciones en la imagen corporal. Aquí las vicisitudes del dolor son muy variadas como observamos en la clínica.

Dentro de las vicisitudes clínicas del dolor en pacientes con estructuras narcisistas Marcela, es una paciente adulta de 45 años que padece de cefalea constante que le impide dormir y ocupa su interés a lo largo del día. Su dolor corporal presenta dos años de

evolución, habiendo realizado varias consultas médicas, sin hallazgos de patología orgánica comprobable.

En ella, predomina el dolor como defensa estructurante, esto se observa en la frase: "Soy mi sufrimiento". Inclusive, en este caso clínico, observamos el dolor muy unido a una hostilidad triunfante: "Mi dolor es continuo, pero puedo sufrir 16 años con mi hijo mongólico, y puedo estar otros 16 con dolor en soledad".

Ella desafía a los médicos expresando "que no le van a sacar el dolor". El dolor tiene un valor emblemático, se estructura sufriendo con su dolor. Se protege, defiende y circunscribe todo a él. El dolor está involucrado en su identidad y se mantiene como parte de sí mismo, un medio de existencia para poder sobrevivir y está en relación con un objeto fetichizado y sostén de la renegación de sus pérdidas (marido, hijo).

Ricardo, paciente de 52 años con una modalidad predominantemente psicosomática, tiene antecedentes orgánicos (de una insuficiencia coronaria con infarto al que se le han practicado tres By Pass). Concorre a su sesión diciendo que tuvo un cólico renal: lo describe como un dolor punzante, urente y selectivo.

Este paciente, como todos los polisintomáticos, son de cierto riesgo ya que pierden el control yoico y ciertas defensas psíquicas frente a estímulos que no pueden controlar y que se transforman en traumáticos (vulnerabilidad a los traumas - Rangell, 1967).

Frente al cierre de su negocio y tener que mudarse a otra zona comercial, relata que fue un fin de semana a Punta del Este, llevando a la hija de su primer matrimonio, que estaba deprimida. La hija vuelve a Buenos Aires con los mismos síntomas y él, a su regreso, sufre un cólico renal del que ya tenía antecedentes.

Pensamos en varios modelos sobre este dolor: 1.º su activación frente a situaciones de cambios trascendentes, 2.º el dolor cólico como testigo contrastante ante situaciones de desmentida frente a los cambios, 3.º el dolor secundariamente provocando un desajuste yoico-corporal (temores, distonía neurovegetativa).

El dolor, puede tener secundariamente un sentido en sí mismo y está en el lugar de afectos nominados, que no pueden sentirse ni compartirse. El dolor cólico, al no poder ser controlado, es vivido como injuria narcisista que se intenta desmentir ("esto no puede pasarme a mí").

Así el dolor promueve una baja en la autoestima y sensaciones depresivas, que no son solamente depresiones por lo que se perdió y su consecuente duelo, sino también por la injuria narcisista que promueven.

Una tendencia de muchos de estos pacientes es a estar solos ante sus dolores ("Déjeme solo") como un intento de autosuficiencia omnipotente y también desafiante como la paciente anterior.

El tipo de dolor cólico, al ser incontrolable, promovió una alteración en el sentimiento de sí mismo generando depresión debido a la pérdida del ideal omnipotente (deseo marcado por anhelo narcisista) con el que intentaba controlar todo lo que ocurría en relación a sus afectos. El dolor por su hija, la pena por el cierre de su negocio y su limitación corporal debida al cólico renal, no son reconocidos, el sufrimiento, la depresión

y el duelo no llegan a poder procesarse, es decir elaborarse como algo pensable y asimilado.

Sabemos desde la clínica con estos enfermos, que cuanto más narcisismo patológico, menor capacidad de duelo, con las consecuencias del incremento de la tensión endosomática que genera vulnerabilidad somática.

La compulsión a la repetición hace que el Yo no categorice experiencias, esto determina fallas en la capacidad experimental de aprender de las cosas que se van viviendo; hay un espacio sin límites, sin tiempo, espacio hecho a la medida de la aspiración narcisista omnipotente e inmortal, las experiencias dolorosas, como expresábamos, no generan un nivel de elaboración psíquica, como ocurre en los pacientes neuróticos.

En toda lectura de material clínico de un paciente con dolores podemos pensar, siguiendo a Michael De M'Uzan, lo que denomina como "lo mismo y lo idéntico". En la repetición de "lo mismo" habría un dolor psíquico como Sufrimiento, un dolor historizado o sea como un recuerdo que se ha ido elaborando en forma de relato con categoría de síntoma psiconeurótico.

En "lo idéntico", aparecería más como una defensa estructurante y ligado a la repetición compulsiva que va "Más allá del Principio del Placer". Clínicamente se manifestaría en pacientes que padecen de irrepresentabilidad en los cuáles la energía acumulada, se intenta descargar en forma intensa e inadecuada produciéndose paradójicamente un agotamiento con dolor corporal que no es registrado como experiencia significativa. El dolor aparece aquí como un signo de percepción que no sufrió la transformación que lo convirtiera en huella mnémica dentro del Inc., tópicamente diferenciado. Estas ideas están ampliadas en A. Creen en su trabajo sobre "Lo Negativo" y se relacionan con un vacío subjetivo y una desactivación de la angustia señal, sin reconocimiento del dolor somático. Aquí se abre otra variante de la clínica del dolor, en un cuerpo anestesiado, indoloro e indolente en el que predomina la renegación como defensa. Muchos infartados silentes corresponden a fallas en los registros interoceptivos del dolor. El dolor es un dolor en sí mismo, constituyendo un signo pero no un símbolo dado que no representa lo ausente (modalidad psicósomática).

DOLOR E HIPOCONDRIA

Pensando en otros modelos de dolor tendríamos el de la hipocondría: ¿podríamos hablar de otro tipo de dolor? ¿sería un dolor específico?

Descrito como Imaginario (Merot), aparece dentro de una categoría delirante; una hiperinterpretación del dolor donde a veces, la nominación médica alcanza por un tiempo para justificar su presencia y se agota cuando el paciente sólo quiere seguir hablando de sus síntomas sin escuchar las respuestas, que por otro lado exige.

Hay una modalidad delirante visceral con el agregado de ansiedades persecutorias y confusionales, a la que se sumaría una depresión basal con pérdidas no discriminadas. Hay representaciones que tendrían inscripción dentro del área de lo paranoico y no habría vacío subjetivo como en la patología psicósomática. La actualidad de las neurosis, nos enfrenta con la tercera "neurosis" actual (neurastenia, neurosis de angustia) donde en el órgano se conjuga la erotización en cuanto a libido del Yo estancada y el dolor. Esta

dolencia (fija y estereotipada), está más cerca de ciertas desorganizaciones psíquicas y del lenguaje de órgano (1915 "Lo Inconsciente").

Freud expresaba que en la esquizofrenia hay una forma particular de referirse al cuerpo y en relación a una paciente que se quejaba diciendo "los ojos no están bien, están torcidos", destaca que la referencia al órgano (ojo) se ha constituido en representante de todo el contenido emocional. Es decir, toda la carga emocional está concentrada en el órgano que preocupa siempre de la misma forma y en relación a un presentimiento estéril.

También en 1926 Freud en "Inhibición, Síntoma y Angustia" desarrolló ideas sobre angustia, dolor y duelo que nos orientan sobre la hipocondría. Expresaba que en el infans el dolor no se distingue de la angustia, al no crearse el espacio diferenciado que lo separe del objeto. Recién a partir del desprendimiento materno y de la creación de un espacio potencial el dolor se separaría de la angustia. La pérdida del objeto amado y el reconocimiento de dicha pérdida inician el proceso de duelo, que incluye la anticipación que va a proveer luego la angustia.

En la hipocondría, habría una estasis de la libido yoica y una imposibilidad de diferenciar al objeto, reemplazando esa falta por el órgano que sostiene la dolencia. Paradojalmente habría una falla afectiva con empobrecimiento psíquico general ya que la libido objetal no entra en un intercambio representacional revelando el síntoma la faceta narcisista más estática. Esta modalidad es muchas veces defensiva de ansiedades paranoicas siendo las sensaciones dolorosas erráticas y no bien discriminadas. Las quejas corporales de una paciente de 35 años, se relacionaban con "impresiones en la cabeza y en el corazón", con dolores y "debilidades en las piernas" y palpitaciones por "bajadas de tensión". Estos síntomas se diferencian claramente de las vicisitudes del dolor en psicósomática en la cual predominan fallas en su percepción que corresponde a los fenómenos de la desmentida como también serias dificultades en diferenciar sensaciones de sentimientos, con la desafectivización consecuyente.

A modo de resumen y como síntesis de algunas de nuestras ideas pensamos que el dolor sería un estado límite y estaría en la frontera entre la angustia como afecto frente a la amenaza de pérdida y el sufrimiento como dolor psíquico más instalado y sostenido dentro de las representaciones de la libido objetal.

Cómo se registra y sobrelleva el dolor da pistas para evaluar en el psiquismo la estructura psíquica predominante así como la conformación de la imagen corporal.

Nuestra preocupación actual está dada por una pregunta aún sin respuesta. ¿Cómo es el pasaje de un dolor a otro?, ¿del agudo al crónico, del somático al psíquico? ¿Serán discernibles?; aquí volvemos al intrincado problema psique-soma. Aquí siguiendo a Freud en Inhibición, Síntoma y Angustia (1926), podríamos explicarlo por una mudanza de investidura narcisista (autoerotismo y masoquismo erógeno) en investidura objetal, pero creernos que hay que seguir investigando para comprender aún más lo inconmensurable e inquietante del psiquismo y del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

ACEJAS, EDUARDO; ORTEGA, RICARDO; MIRAMÓN, BEATRIZ. **Erotización del dolor.**

BION, W.R. **Atención e Interpretación.** Editorial Paidós, Bs. As. 1994

D'ALVIA Y COLABORADORES. **Acerca del dolor: comunicación preliminar. II Jornadas Internacionales de Psicopatología y Psicología Médica.** 1996

D'ALVIA, R. **Consideraciones sobre el Stress desde la Psicopatología Psicoanalítica.** Revista de psicoterapia y Psicopatología. Número 32. 1996

Dr. CERASO. **Enfoque del paciente con dolor.** Cap. I. 1984

FONAGY-MORCAN. **Understanding psychic change in child psychoanalysis.** 1991. International Journal of Psychoanalysis, N 72

FREUD, S. Obras Completas, Vol. 20. **Inhibición, Síntoma y Angustia.** Editorial Amorrortu. 1926