

**FUNCIONAMIENTO OPERATORIO Y  
PERCEPCIÓN DEL DOLOR. HIPÓTESIS SOBRE UN  
PROCESO PSÍQUICO CONTRA EL DOLOR. \***

Anne Deburge \*\*

Basándome en la clínica - la observación de Nicole - y en los trabajos de Freud y de otros autores, me propongo demostrar que el sufrimiento psíquico y físico, es un elemento clave ante el cual el paciente operatorio se halla particularmente desarmado.

Este trabajo trata el problema del funcionamiento operatorio y de la percepción del dolor en relación con la constitución de las huellas mnémicas. Mis preguntas se centrarán en la instauración de la sensorio-motricidad y en el papel del objeto psíquico en la organización primitiva. En esa etapa un funcionamiento defectuoso puede producir una vulnerabilidad que habitualmente pasa desapercibida.

Esta vulnerabilidad hace que el dolor se vuelva intolerable si un objeto adecuado no lo contiene. Por lo tanto, en la lucha contra el sufrimiento psíquico y el dolor físico la instauración de una verdadera anestesia es prioritaria, contribuyendo a la constitución del funcionamiento operatorio, pobre en representaciones y próximo a la actuación.

Un comentario previo: mi hipótesis es que esta anestesia es una solución defensiva extrema que no sólo afecta al funcionamiento psíquico, sino también al funcionamiento sensorio-motor. Es verosímil que dada la proximidad entre dolor y traumatismo, se recurra a esta defensa cuando se presenta un estado traumático inelaborable como por ejemplo en mi paciente N., traumatizada y traumatofílica. Mi objetivo no es explicar por qué N. busca el dolor sino más bien en qué forma lo percibe.

No es frecuente observar un nivel tan extremo de anestesia y una hipoestesia tan exagerada, pero es muy probable que un trastorno de la percepción del dolor más leve se aprecie en otros casos en momentos operatorios más o menos pasajeros.

### **OBSERVACIÓN**

N. es una mujer de unos cincuenta años que lleva 8 años en tratamiento conmigo. Aproximadamente al año de empezar la psicoterapia surge la problemática que voy a exponer. Para la mejor comprensión del material resumiré brevemente la evolución del proceso.

Una advertencia antes de exponer el caso:

La observación de N. no comporta únicamente un material "puro" para la demostración de una hipótesis particular. Pero esto es algo habitual en la mayoría de las observaciones de casos de adultos.

Toda neurosis, por muy estructurada que sea, contiene siempre un núcleo de neurosis actual; en las estructuras psíquicas mal organizadas se encuentran también elementos de

---

\* Conferencia de la VI Jomadas del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica celebradas en Madrid el 2 de octubre de 1999.

\*\* Miembro de la Sociedad Psicoanalítica de París y Miembro de I.P.S.O.

tipo neurótico más o menos evolucionados. Estos elementos serán de enorme utilidad en el momento de la recuperación evolutiva, aunque en caso de desorganización se revelen a menudo precarios y de poco valor funcional. Ni reprimidos, ni escindidos, están "preparados para advenir" según la expresión de D. Rosé. En esta observación veremos la importancia que irán tomando poco a poco. Aquí también, como en la psicomotricidad, el objeto psíquico es la matriz de la adquisición de sentido.

N. es una mujer bajita, seca, más bien delgada, muy erguida, vestida con elegancia. Hace calor en el momento de la primera entrevista y la presencia de cicatrices en sus brazos y piernas que no trata de esconder ni de exhibir y de las que no habla, me llaman la atención.

N. viene a verme aconsejada por su médico, sensibilizado a la psicósomática. Ha ido a consultarle por un dolor de espalda, una impresión de bloqueo que no le duele pero que pone trabas a sus actividades. El médico le ha hablado de depresión ligada al hecho de que su hija de 25 años se haya ido de casa. Sigue el consejo de su médico sin manifestar reticencia y sin expectativas; se limita a hacer lo que le dicen.

N. se expresa de manera precisa y directa. Trabaja en un banco y se ocupa de solicitudes de crédito. Es seria y meticulosa y la dirección aprecia en alto grado su trabajo. Es la primera en llegar a la oficina y no se escatima las horas suplementarias. En nuestros encuentros se limita casi siempre a enumerar con todo detalle los acontecimientos de su jornada laboral. Acude con puntualidad y regularidad a sus sesiones sin expresar ni curiosidad, ni angustia, ni sufrimiento perceptible. Tampoco me habla de su cuerpo, ni de su hija, motivo de la consulta. Las sesiones no son sino una obligación más en su agenda. Me explica cómo se pide un crédito y me habla de sus cualidades de ama de casa perfecta. En cualquier caso así siento e interpreto las informaciones que me transmite.

En este contexto factual y operatorio me comunica como de pasada un material de tonalidad neurótica que despierta mi interés pero por desgracia no el suyo. Se trata de la casa de campo heredada de su padre; me dice la dificultad que le supone realizar las tareas que se impone cada fin de semana y que la agotan. Le da especialmente rabia tener que acelerar sus tareas el domingo por la tarde por la prisa que le entra por volver a París. Cierra las contraventanas y en cuanto cae la noche se mete rápidamente en el coche. N. no entiende esa falta de control y dice: "s más fuerte que yo". La asociación con la muerte de su padre, ocurrida precisamente al caer la noche en esa casa de campo le llama la atención, pero no modifica su comportamiento.

Todo sigue igual y N. sigue viniendo con regularidad. Las conductas de agotamiento y el discurso operatorio siguen sólidamente implantados. Yo respeto esos comportamientos pero también la animo de manera explícita a poner en palabras las vivencias y los sentimientos, especialmente los relacionados con la muerte de su padre. (De la muerte de la madre no dice nada por el momento).

Durante el proceso de la cura me pregunto si N. puede establecer un vínculo transferencial. Mi ausencia o mi presencia parecen serle indiferentes.

En una ocasión N. me habla del alejamiento de su hijo. Yo sabía que tenía dos hijos, pero ha pasado más de un año desde que empezamos el trabajo y es la primera vez que habla realmente de él. Me dice que su hijo se fue a vivir al sur de Francia con su padre poco antes de la adolescencia; desde entonces N. no le ha vuelto a ver. No hace comentario alguno sobre esta situación afectiva ni tampoco expresa el menor sentimiento.

Sin embargo acaba de enterarse por su hija que este hijo quiere volver a la región parisina para hacerse cargo de un garaje.

Poco a poco, durante el (largo) trabajo de la cura, N. va descubriendo emociones; siente ternura y se representa los sufrimientos de su hijo. En ese momento la apoyo mucho. N. se enfrenta a sus propios reproches y a recuerdos dolorosos. Por primera vez imagina los sufrimientos que sus malas relaciones han podido causar a su hijo, se siente "culpable", de hecho más bien avergonzada, y quisiera reparar... N. acoge a su hijo en casa en espera de que encuentre un piso y se agota dedicándose a él. La coraza de defensas afectivas se resquebraja con la aparición de emociones en las sesiones.

Las vacaciones de Navidad se acercan. Un día N., hasta entonces asidua a las sesiones, no se presenta. Esa noche me llama por teléfono desde el hospital: la han ingresado urgentemente y tienen que operarla de una doble trombosis de la carótida. No da señales de vida en enero y me decido a escribirla. Me llama desde una residencia de descanso y me dice que volverá el mes que viene.

A la vuelta, N. me relata de forma escueta lo ocurrido. El día de su hospitalización sufrió un mareo acompañado de vértigo y sus colegas la obligaron a acudir al médico laboral. Éste la hizo hospitalizar urgentemente y la operaron esa misma noche, justo después de llamarme por teléfono. N. me habla de lo mal que ha tolerado la hospitalización. Dice que se levantó inmediatamente después de la operación y se puso a recorrer los pasillos del hospital. Más tarde, en la residencia, se obligó a dar largos paseos traspasando los límites del parque y multiplicando los esfuerzos por recuperar su forma física lo antes posible. Por fin consiguió convencer a su médico para que la diera de alta antes de lo previsto.

Una escena acontecida al mes de su intervención resume perfectamente su conducta de entonces: N., que no ha vuelto aún al trabajo, pero que pasa todos los fines de semana ocupada con sus tareas de mantenimiento de la casa, descubre un día a lo largo del muro exterior recién pintado un montón de escombros de sus arriates de flores.

La cito: "Nada más ver las piedras me puse de rodillas para recogerlas..., al ver a un albañil que transportaba ladrillos para reparar un muro, me pasé el día ayudándole a llevar ladrillos con la carretilla".

Esa noche N. se siente mal y el médico del pueblo que conoce su historia la vuelve a mandar al hospital. No se queda, pero le prohíben ir al campo y la obligan a descansar... La veo al día siguiente.

Esta vez N. está desconcertada. Me dice su vergüenza, su inutilidad, su humillación..., su sentimiento de no servir para nada, de verse condenada al reposo. Se queja de su debilidad, de su agotamiento, de la pérdida de musculatura después de la operación.

Aunque me doy cuenta de la dimensión transferencial de este reproche de no haberme ocupado de su "interior" (mis flores) durante su ausencia o incluso de haber "pisoteado sus arriates"<sup>1</sup>, observo que lo que más rabia da a N. es el estado de impotencia al que la enfrente cuando le señalo sus límites corporales y psíquicos.

---

<sup>1</sup> "marcher sur ses plate-bandes" expresión de doble sentido y que en este contexto podría significar, "meterse dónde no la llaman" o "avasallarla". (N.T.)

Experimenta así la capacidad de quejarse de su "castración cosificada" (M. Fain). Le digo: "Y a su cuerpo ¿no le compadece?" para mostrarle que un cuerpo puede sufrir y ser compadecido.

La respuesta es inmediata, sin provocación, sino más bien como una evidencia: "Mi cuerpo no existe..., se trata de mí..., y yo pienso que es inútil quejarse, es signo de debilidad". Y añade: "Nunca me he quejado, ni he cogido en brazos a mis hijos cuando se hacían daño, ni siquiera cuando se caían o se hacían una herida seria... ¡no sufrían nunca!"

Se siente orgullosa contándome que sus padres también soportaban el dolor de una forma que asombraba a los médicos. Añade que no recuerda que la hubieran cogido nunca en brazos o la hubieran consolado cuando sufría.

Insisto: "Usted no sufre, pero ¿qué le hace pensar que su cuerpo no necesita que le compadezcan?". Al intervenir en esta forma intento sensibilizar sus distintos niveles de organización:

- El primero es el del orden de la preocupación materna primaria. N. tiene un vacío en el lugar de la madre que coge a su niño en brazos cuando sufre. No puede ser una "buena madre" ni para sus hijos, ni para ella misma.

- El segundo nivel de intervención trata de movilizar la construcción narcisista mortífera del control que ejerce sobre su cuerpo y sobre su entorno..., un cuerpo que sirve esencialmente para descargar la excitación de forma inmediata.

Me arriesgo a suscitar dudas identitarias en N. porque pienso que señalarle la existencia de algo desconocido e ignorado por ella, que obedece a otras leyes, es un primer paso hacia el reconocimiento del inconsciente contra el que se rebela con todas sus fuerzas: "mi cuerpo/mi inconsciente no existe, él soy yo..."

Recuerdo ahora la sonrisa cómplice que me dedicó mucho más tarde cuando, después de un día de sol pasado en una tumbona contemplando su jardín me dijo: "no soy yo, es él (su cuerpo libidinal/inconsciente) quién me lo pide". Había recuperado el vínculo homosexual primario y también la complicidad libidinal entre mujeres:

- Y finalmente la perspectiva de alcanzar un tercer nivel: el encuentro con alguien con quién quejarse, con quién compadecer/reconocer el cuerpo. Este nivel de triangulación exige que el analista se someta a un intenso trabajo en negativo, pues se expresa esencialmente sobre un fondo de ausencia: Alejamiento de la hija, motivo de la consulta (más tarde me enteraré que se fue de casa para vivir con un hombre). Ausencia del hijo que confió a su marido y a su suegra. Ausencias del analista que durante mucho tiempo N. imaginó sola y sin nombre (cuando pudo empezar a tener fantasías) Ausencia de los padres "unidos en la muerte". Todas esas ausencias remiten a una escena primitiva omnipresente y a la vez irrepresentable, desprovista de sentido.

Un recuerdo encubridor en ese momento del tratamiento permite *transformar una madre petrificada en una madre ausente*.

N. tiene 4 o 5 años, son tiempos de guerra, está sola con su madre en la cocina y según su costumbre, no para de dar saltos..., hasta que se tira una cacerola de agua hirviendo en el brazo. Recuerda que su madre, petrificada no dijo nada, no pudo expresar sus emociones..., solo evoca las dificultades prácticas para ir a buscar la gasa necesaria para las curas de la quemadura al otro lado de la línea de demarcación. Este recuerdo de la

quemadura asociado al comportamiento vacío de su madre contrasta con la descripción inicial que N. me había dado de ella: un ama de casa perfecta con una dedicación absoluta hacia su hija única.

Esta escena se repetirá constantemente en la vida de N. que acumula conductas arriesgadas y heridas graves; las cicatrices que me llamaron la atención al principio del tratamiento eran los únicos vestigios de aquellos dramas. N. no tienen conciencia de su auto-destructividad. Por el contrario, está orgullosa de su imagen de persona temeraria. Sólo practica deportes de hombres y sus amistades son exclusivamente masculinas.

Los accidentes graves son frecuentes. A los 10 o 12 años N. sufre una doble fractura de una pierna practicando patinaje de velocidad sobre hielo. No profiere una sola queja asombrando a los médicos por su elevado umbral de tolerancia al dolor. En otra ocasión se cae de una bicicleta y se fractura el cráneo.

Un respiro en el que N. parece afirmar su feminidad interrumpe momentáneamente este tipo de conductas. A los 17 años se vuelve coqueta, se maquilla, sale y conoce a su futuro marido, un colega de promoción. A los 18 años se casa con este hombre, profesional brillante y exitoso. A los 35 se divorcia después de que su marido se fuera con su mejor amiga. *Negando cualquier tipo de sufrimiento* se sumerge en el deporte de alto riesgo. Hace competiciones de paracaidismo y un nuevo accidente, una fractura de ambos fémures, la obliga a interrumpir.

Apenas restablecida, N. se dedica al descenso en esquí de competición, otro accidente y se pone a montar a caballo, participa en competiciones de cross..., que tiene que dejar tras otro traumatismo.

Cuando le pregunto qué es lo que le hace actuar así, N. se anima al evocar su pasión por "ir más allá de los límites", de la excitación que le producen las sensaciones de peligro y de su desesperación al tener que dejar el deporte extremo poco antes de venir a consultarme para lo que se revelará más tarde su "compromiso extremo".

N. no evocaba jamás de manera espontánea su sufrimiento, su sentimiento de abandono o de traición, no hacia reproches ni se quejaba hasta que esas situaciones tantas veces evocadas fueron haciéndose cada vez más complejas en el curso de la cura. La violencia contenida durante tanto tiempo rompió entonces los diques dando lugar a la aparición del dolor tanto psíquico como físico.

Los planes de boda de su hijo fueron el desencadenante. La comunicación entre ellos, medianamente restablecida, se deteriora de nuevo: a N. no le gusta su futura nuera. Sospecha que su hijo se quiere casar en el sur de Francia, en casa de su marido y a ella le gustaría dar una fiesta en su casa de campo. Está tensa y se enfurece con él por cosas sin importancia. En el tratamiento duda de nuestro trabajo, no sólo piensa que no tiene ningún interés, además me acusa de hacer que se sienta cada vez más débil y de privarla de sus medios de defensa anteriores. Observo la aparición de la dimensión agresiva persecutoria/perseguida que caracteriza la instalación de la transferencia constituyendo a menudo la etapa propicia a la re-mentalización en la cura de pacientes psicósomáticos.

Unos meses más tarde me trae un sueño elaborado. Hasta ese momento se trataba casi siempre de sueños que continuaban sus actividades diurnas y de los que no tenía nada que decir.

Asiste al entierro de un gran personaje chino. Allí hay también una vieja, una joven y su hijo que siguen el trineo en el que se encuentra el cuerpo envuelto en una sábana blanca. No siente tristeza y luego se encuentra sola con su hijo.

N. manifiesta su asombro: ¡Cuántas cosas en un sueño! Asocia la joven a su nuera y ella se reconoce en la vieja.

El deseo de N. parece claro: ojalá la boda de mi hijo fracasase - un matrimonio "en blanco" - y que vuelva pronto conmigo... El gran personaje chino hace referencia a un dibujo que se encuentra en mi consulta. En el sueño yo soy el chino que desea suprimir porque le impide realizar sus deseos incestuosos. N. asocia entonces un primer matrimonio con un hombre asiático del que nunca había hablado. Fue un matrimonio "en blanco" y la pareja se separó al cabo de unos meses.

Intervengo sin tocar la problemática edípica, solo le señalo que sus sueños y su funcionamiento mental me interesan y sobre todo que le interesan a ella.

Aunque N. menciona varias veces este episodio diciéndome que le gustaría saber el "truco" para entender los sueños (el "modo de empleo") disfruta al descubrir poco a poco su vida mental. Un día dice: "me siento más densa cuando sueño".

Años más tarde N. me habla de su hijo: "gracias a usted le he recuperado pero ha sido para perderle" y añade "o para saber perderle", retomando una interpretación que durante mucho tiempo no recogió. En esa época N. había abandonado ya sus conductas traumatofílicas y sus defensas operatorias y había salido de la depresión esencial.

Dejo aquí el relato del tratamiento de N. y paso a destacar los elementos que ilustran el funcionamiento operatorio relacionado con el dolor y su anestesia.

En primer lugar N. no exterioriza su neurosis traumática. Al contrario, la ausencia de angustia y de pesadilla es llamativa, así como su enorme dificultad a la hora de acceder a una representación espontánea que ponga en escena el recuerdo traumático.

Tuve que intervenir reiteradamente para mostrarle que los acontecimientos que había vivido podían ser fuente de sufrimiento. Esto implicaba un riesgo: recordemos que el accidente vascular coincide con la toma de conciencia de que su hijo podía haber sufrido cuando se separó de ella y con la interrupción por mis vacaciones.

En este caso, más que la repetición llamativa de un traumatismo identificable, es la falta de dolor psíquico y también físico la que traduce el trauma, aunque esa ausencia repercute desde el punto de vista económico.

La excitación que N. alimenta sin cesar favorece la repetición de la actuación consistente en ponerse en peligro. Según los trabajos de M. Fain este caso muestra la imposibilidad de constituir una neurosis traumática. J. Press estudia también el estado traumático y lo describe como "la imposibilidad de vivir y de sentir psíquicamente una experiencia que sin embargo se ha experimentado" (1997). En efecto en el caso de N. como en el de Press, la experiencia dolorosa no se siente ni en el plano psíquico ni en el físico.

¿Se trata de una imposibilidad estructural de sentir el dolor? La insensibilidad congénita ante el dolor es una enfermedad poco frecuente: los sujetos afectados no sienten el dolor y viven en un estado de angustia permanente con miedo a herirse o a mutilarse. N. no siente ese tipo de angustia, ni siquiera en sus accidentes más graves.

¿Se trata de una perturbación ligada a un umbral elevado del dolor? Los neurofisiólogos señalan que el umbral de percepción del dolor varía según múltiples factores tales como experiencias anteriores o calidad de la representación que se conserva de ellas, aunque el umbral de percepción de una sensación es prácticamente constante de un individuo a otro. En lo que se refiere a N. podríamos imaginar una incapacidad para interpretar y para representarse el dolor. En ese caso ¿cómo evaluar metapsicológicamente este mecanismo?

Las experiencias de Lichstein y de Sackette estudian bebés monos criados en condiciones de aislamiento. Cuando vuelven a su medio normal, el resultado es desastroso: los monos se dedican a atacar de forma suicida a otros monos más viejos y más robustos; además se muerden a sí mismos con rabia. En cuanto se curan de sus heridas retoman sus ataques suicidas.

Hipótesis: Esta anestesia constituye un contra-investimiento que lucha contra la aparición de un estado traumático suprimiendo el afecto doloroso, que al llegar a la consciencia, sería renegado o escindido. N. se aparta conscientemente de su cuerpo que sufre, hasta el punto de decir: "no quiero saber que sufre, ni siquiera quiero saber que tengo un cuerpo". N. se parece a esas personas que han resistido a experiencias de tortura y que describen intentos deliberados de despegarse de su cuerpo, con una impresión de desdoblamiento o de alejamiento. Algunas técnicas de auto-hipnosis son también de este orden.

Un mecanismo similar, que probablemente tiene lugar a nivel preconsciente, explica quizás la conducta de ciertos heridos en el campo de batalla que siguen combatiendo sin percibir que lo están.

Se podría equiparar el primer accidente de N. de niña, cuando se quema saltando en la cocina, con las fracturas posteriores al practicar ejercicios físicos agotadores e intensos.

Estas hipótesis dan cuenta de la manera de actuar de la anestesia pero no explican su origen. ¿Por qué N. se aferra a una insensibilidad que va en contra de su auto-conservación?

El papel primordial del objeto psíquico será nuestro punto de partida, tal y como lo hemos visto en la observación de N. En efecto, las experiencias dolorosas de N. no tienen destinatario. Su madre, inmóvil, se paraliza psíquicamente cuando su hija se quema, cuando su marido la deja se dedica a conductas de riesgo, su analista está ausente en el momento de su accidente vascular.

Durante la cura N. pudo reconstruir la imagen de una madre enlutada por la desaparición trágica de su propio padre (el abuelo de N.) poco antes del nacimiento de N.; había permanecido encerrada en casa víctima de una neurosis fóbica grave (no cogía nunca en brazos a su hija) y de un estado depresivo crónico. Limitaba sus actividades a las tareas de la casa. N. fue criada -al igual que los monitos suicidas- en un estado de aislamiento afectivo indudable, agravado por el hecho de que su padre fue hecho prisionero en la guerra de 1940.

Aunque no podemos excluir que se trate de la vuelta sobre la persona propia de una pulsión destructora dirigida primitivamente a un objeto decepcionante u odiado, creo que sin la presencia de un objeto que nombra y recibe el dolor, éste no encuentra espacio para

inscribirse y acaba por desaparecer<sup>2</sup>. Citaré un ejemplo opuesto: las crónicas del siglo XVIII cuentan que el reo Damien sorprendió a sus guardias camino del cadalso por un intenso estado de excitación y por su alegría al tiempo que les decía: "¡El día va a ser largo!". Más tarde, bajo la tortura, cuando sus verdugos, hartos de su tarea y a falta de nuevas ideas se disponían a ejecutarle, Damien les animaba diciendo: "Más, señores, más". Era como si estuviera en un estado más próximo al goce que al sufrimiento... A Damien no le faltaba un objeto susceptible de recibir su sufrimiento y es evidente que sabía utilizar la co-excitación sexual.

Pero si no hay dolor ¿qué efecto tiene el trauma sobre el funcionamiento psíquico?

En el paciente que recurre a mecanismos de tipo operatorio, el trauma se manifiesta mediante descargas sin calidad, sin placer ni dolor, ya que no hay objeto. Esta ausencia del objeto podría incluso hacer que la huella mnémica del dolor desaparezca.

Los trabajos de Geberovitch (1990) sobre los drogadictos me han interesado particularmente en relación con este tema y me referiré en varias ocasiones a su investigación.

En su opinión el dolor opera de modo reflexivo, animado por un movimiento que sería "a la vez un 'no-dicho' y un querer decir, próximo a lo indecible pero en busca de un interlocutor, un concepto límite a la frontera de lo orgánico y de lo psíquico". Resumiendo, el dolor como el placer necesita la ayuda del otro y la satisfacción, como Freud escribe en el Proyecto, no puede estar ligada únicamente a la descarga de un aparato aislado, sino que está siempre en relación con la presencia del otro (incluso en el placer solitario existen fantasías).

Hipótesis: ¿un pensamiento anti-dolor como defensa contra la pérdida?

Esta hipótesis hace surgir otra pregunta: ¿por qué hablar de dolor y no de angustia?

En este caso no se puede hablar de angustia. La angustia implica una capacidad mínima de representarse la ausencia, incluso cuando una organización frágil la limita a ser una angustia difusa relacionada con una energía insuficientemente ligada. Sobre todo teniendo en cuenta que aquí no se puede hablar de falta. En este caso se trata de la ausencia de la madre, pérdida irrepresentable que no puede expresarse sino por medio del dolor. Además, a este nivel el dolor físico y el dolor psíquico no se pueden distinguir, la aniquilación y la muerte psíquica se confunden.

Podemos concebir este tipo de funcionamiento operatorio como una manera de hacer desaparecer el dolor de la pérdida, de luchar contra el aniquilamiento por todos los medios, seleccionando una percepción, la anestesia, que aliena e impide toda vivencia. La anestesia sirve para paralizar un trabajo psíquico que revelaría el traumatismo y la pérdida, incluso o sobre todo, el trabajo de lo negativo, como André Green lo ha elaborado.

Es probable que esta defensa se haya instalado muy precozmente para luchar contra unas huellas asociadas a vivencias demasiado dolorosas. Su finalidad sería la de anular y borrar dicho dolor.

### **Modo de instalación de la anestesia:**

---

<sup>2</sup> Hay que diferenciar este proceso del retraimiento narcisista descrito por Freud cuando surge un dolor agudo que hace desaparecer momentáneamente al objeto.



Volvamos por un instante a la articulación entre dolor y duelo. En el manuscrito G sobre la melancolía, Freud describe un movimiento de regresión que va del psiquismo a su origen somático, de la representación al afecto, de lo cualitativo a lo cuantitativo. Según él "un bajo nivel de tensión en el órgano terminal parece ser el motivo que predispone a la melancolía". Más tarde la tensión sexual psíquica será reemplazada por la libido, mientras que la angustia evoluciona hacia el dolor. A este respecto esta definición de la melancolía corresponde a la de la depresión esencial de nuestros pacientes somáticos.

Si comparamos represión y anestesia quizás podamos entender mejor ciertos aspectos del funcionamiento operatorio. Mientras que la represión se refiere a representaciones prohibidas, la anestesia sirve provisionalmente de dique contra la intensidad de la moción pulsional. Según Ceberovitch, el retorno de lo reprimido, factor de displacer, se acompaña a veces en la histeria de un compromiso sintomático perteneciente al orden del lenguaje; en cambio, en la melancolía (-la depresión esencial-) el retorno cuantitativo no produce represión sino que acarrea dolor psíquico.

Mientras que la represión implica una ausencia nombrable, la anestesia sería más bien una tentativa de defensa contra el dolor de una separación irrepresentable. Como observa Freud, el dolor que acompaña el empobrecimiento pulsional es la única huella del objeto, inscrito en negativo, y solo la anestesia permite la supresión de dicho dolor.

Ya en el "Proyecto" de 1895 Freud destaca la relación intensidad-dolor. El dolor aparece como fenómeno específico producido por la irrupción de cantidades excesivas en el sistema neuronal, haciendo fracasar su dispositivo protector. En el manuscrito G sobre la melancolía - hoy día, la depresión -encontramos la primera relación entre melancolía, dolor y anestesia. A pesar de que en esa época Freud utiliza esta noción en el sentido de anestesia sexual, me parece que se puede extender al campo que nos interesa.

"La disolución de una asociación es siempre desagradable. Un empobrecimiento de excitación y de reserva libre se produce de una manera que recuerda una hemorragia interna manifestándose también en otras pulsiones y en otras funciones. Ese proceso de aspiración provoca una inhibición y tiene los efectos de una herida, similar al dolor".

La lectura actual de este texto permite proponer la hipótesis de que el exceso de excitación se considera patógeno, especialmente en la clínica psicósomática. Asimismo la insuficiencia de excitación puede ser igual de perjudicial y permite entender el problema del dolor.

"Nos es fácil imaginar que cuando un grupo sexual psíquico sufre una gran pérdida de excitación..., ese proceso de aspiración provoca una inhibición y tiene los efectos de una herida similar al dolor".

Con esta explicación Freud profundiza su estudio del dolor y elabora el problema del duelo provocado por una pérdida de libido; poco después el trauma reemplaza el dolor: éste último provoca también un empobrecimiento y una pérdida de excitación a nivel del "órgano terminal". Para ilustrar esto último evocaré de nuevo a N. ante su madre psíquicamente ausente en el momento de la quemadura. En este caso la carencia de la palabra materna puede compararse a la disolución de las asociaciones de las que habla Freud. Yo veo en el "derrame hemorrágico" de la excitación según la metáfora freudiana, la premisa de esa "herida análoga a un dolor".

La palabra "dolor" se utiliza para el sufrimiento físico y psíquico y es lógico, ya que es difícil distinguir lo que se refiere al cuerpo o al psiquismo cuando se trata de dolor.

Creo que Freud habla del dolor psíquico producido por un funcionamiento mental defectuoso y evoca la pobreza de asociaciones y la falta de ligazón psíquica, uno de los grandes temas del "Proyecto". En ese momento de su pensamiento Freud considera de forma positiva la excitación: para él es una materia preciosa análoga a la sangre cuya "hemorragia" hay que evitar.

La cura de N. muestra la pobreza de la relación madre-hija ligada a factores familiares particulares. Esta pobreza es la causa de la hemorragia de excitación descrita por Freud. El "dolor" sentido por N. es mucho más complejo que la reacción neurofisiológica de la quemadura inicial. Se trata de la intrincación del sufrimiento psíquico y físico infligido a nivel corporal.

N. va a tratar de rechazar esas percepciones. Ese rechazo afectará todo su modo de pensar.

En 1920, en "Más allá del principio del placer" Freud prosigue su elaboración sobre el dolor. En ese momento lo relaciona directamente con el traumatismo que le es indisoluble; el dolor proviene del efecto traumático de la ruptura de las barreras protectoras del aparato psíquico. El dolor, experimentado como ruptura traumática, anula el principio del placer: lo cuantitativo predomina sobre lo cualitativo y lo representativo.

Para compensar esa efracción "se recurre a la energía de investimiento... Se efectúa un contra-investimiento<sup>3</sup> considerable. Todos los otros sistemas psíquicos se empobrecen, provocando una parálisis o una disminución de la actividad psíquica". Freud insiste en el aspecto paralizante del dolor. Éste, dice, no se debe a la propagación de estímulos procedentes del exterior sino más bien al importante investimiento energético que constituye el contra-investimiento, tal y como Freud lo concibe en esa época. No hay duda de que se trata de conseguir de inmediato un efecto de anestesia.

Al sentirse sumergida por una avalancha energética N. no tiene posibilidad de recurrir al displacer mediante su sistema representativo, única forma de detener el dolor traumático. Recurre entonces a un proceso "operatorio" y este funcionamiento, como el del toxicómano, sirve de "anestesia autolítica", según las palabras Geberovitch. Pero en este caso, a la inversa del toxicómano, "la disolución del funcionamiento mental" reemplaza o precede a la del cuerpo. Esto ilustra la segunda definición del concepto de contra-investimiento de Freud.

¿Cómo entender la relación entre el funcionamiento operatorio sometido al dolor de la pérdida y la anestesia de este dolor?

Quizás este tipo de pensamiento, réplica y refuerzo de la acción, que invierte esquemas sensorio-motores sea también un pensamiento de contacto. Es posible que busque la abolición de la distancia con el objeto.

"Nada más ver los cascotes de mis flores me dije: N. vas a recogerlos y ya estaba en el suelo a cuatro patas..." Es como si N. estuviera reviviendo ante mí la escena a nivel

---

<sup>3</sup> Según el Diccionario de Laplanche y Pontalis hay que distinguir en Freud dos definiciones del concepto de contra-investimiento. La primera se refiere a uno de los procesos económicos presentes en su teoría sobre la represión en 1900 (La interpretación de los sueños) y su finalidad es impedir que una representación desagradable acceda a la conciencia mediante el investimiento de otro elemento del PCS/CS; la segunda, más tardía, (1920) se refiere a las reacciones de defensa contra el dolor y los traumatismos consistentes en movilizar una energía interna que pone freno al aflujo de las excitaciones externas.

sensorial, pero sin representársela<sup>4</sup>. De esta forma, en la sesión, me incluye retroactivamente, negando así el vacío dejado por mí durante su enfermedad. Y de paso me hace también desaparecer como objeto diferenciado.

En el núcleo de la sensorio-motricidad, la relación es anobjetal. Ni objeto, ni sujeto, ni pérdida. El investimento no se refiere a objetos sino a esquemas sensorio-motores, es decir a maneras de sentir y de moverse, lo que agrava el vacío psíquico que no quiere percibir.

### **La noción de vacío:**

En 1926 la distinción que hace Freud<sup>5</sup> entre dolor psíquico, duelo y dolor físico se refiere a la presencia o a la ausencia de la actividad representativa. Hace una relación entre duelo y representación del objeto perdido, dolor físico y representación de la zona del cuerpo afectado y finalmente del dolor psíquico y de la imposibilidad de representarse su origen.

En resumidas cuentas se confirma que no hay lugar del cuerpo ni de presencia/ausencia del objeto al que aferrarse, sino un vacío por el que se escapa la libido.

Se podría uno preguntar si este vacío corresponde a la huella de la pérdida de un objeto necesario irrepresentable. Un "objeto" cuya presencia, al mantenerse de forma ilusoria, no se ha podido perder y por lo tanto nunca se ha constituido. Esta huella sería la que el paciente operatorio busca en su anestesia.

¿Pensamiento operatorio, comportamiento operatorio, acción para llenar un vacío?

En una situación traumática cuyo efecto específico, según Freud, es el dolor, el "pensamiento-acto" operatorio intenta tomar las riendas mediante la acción: el vacío ocupa el lugar de la fantasía; las fantasías originarias universales que facilitan la elaboración del dolor se ven así anuladas. En particular, la de la seducción del niño por el adulto que según M. Fain da paso a la vida fantasmática. La articulación de la pulsión con las fantasías es imposible, probablemente por la insuficiencia o la debilidad de la función represiva. Y quizás también porque no se trata de una prohibición que desencadena la fantasmaticización y la mentalización, sino de algo indecible. El dolor se liga a lo indecible: estamos lejos de la represión, de la renegación, o de la forclusión, ligados al lenguaje "a restos de representaciones verbales"<sup>6</sup>. Sólo la acción intenta suprimir el dolor.

El funcionamiento operatorio hace que cualquier intento de buscar un significado carezca de sentido y sea inútil. Esto provoca la incapacidad de pensar del analista.

Cuando la capacidad de representación no se ha constituido no hay función de figurabilidad ni significado posibles. El campo de la sensorio-motricidad se encuentra más acá o más allá de la bipolaridad sujeto/objeto. El investimento se refiere a los límites más que a la persona. Se recurre a la acción para ligar, o "elaborar" el dolor traumático: la representación y la fantasía no sirven.

---

<sup>4</sup> Como ocurre frecuentemente en psicopatología, se podría proponer una interpretación de este material. Un guion edípico relativo a la rabia de N. ante la existencia de una rival que hubiera estropeado sus flores durante su ausencia y relativo también a su deseo de seducir al padre/albañil mostrándole su capacidad de manejar la carretilla. Este sentido existe en estado virtual y el trabajo de la cura lo revelará en el momento oportuno.

<sup>5</sup> "Inhibición, síntoma y angustia".

<sup>6</sup> Freud: "La interpretación de los sueños"

El operatorio se encuentra en el vacío, en la ausencia, la pérdida, en la pérdida de sí mismo más que en la necesidad... Aplicar a este tipo de conductas repetitivas de exponerse al peligro el calificativo de traumatofílico es intentar dar sentido a lo que solo existe virtualmente. El concepto de auto-sadismo de G. Szwec, en su trabajo sobre el dolor y la traumatofilia se refiere a un nivel de organización más evolucionado y que en este caso sólo existe en potencia.

### **Alucinación negativa, represión primaria y búsqueda de anestesia.**

El proceso de "no-visión" en la percepción de la ausencia de penis en el sexo femenino ha sido señalado por Freud a partir de 1918<sup>7</sup>, bajo la apelación de "alucinación negativa".

M. Fain al elaborar su concepto de represión primaria amplía este proceso a la no percepción del rostro del extraño.

Ante el rostro paralizado de su madre que la contempla mientras se quema N. hace desaparecer toda representación de ese rostro: durante mucho tiempo me habló de una madre muy presente, siempre en casa. También hace desaparecer el dolor de la herida negando en nuestra primera entrevista la aparatosa cicatriz de la quemadura en el brazo que no se molesta en esconder. En cambio, cuando me intereso por su cuerpo a raíz del accidente vascular para diferenciarlo de la imagen que se ha hecho de sí misma y adopto el papel de una madre que ve el cuerpo de su hija, surge un rostro extraño de la madre paralizada que puede por fin insertarse en las asociaciones de N.

Se puede concebir la represión primaria de ese rostro petrificado como un contra-investimento, una especie de pantalla para proteger el paraíso narcisista ante-natal descrito por Grunberger.

Opción desastrosa que pesará sobre la individuación y que afectará profundamente la capacidad de pensar.

### **Relación con el objeto primario y sensorio-motricidad:**

En la observación de N. vemos cómo el paso entre dolor psíquico y dolor físico pueden anesthesiarse simultáneamente si el objeto no está presente para acogerlos. La importancia de la relación de objeto primario que permite que ese dolor pueda dirigirse a alguien es primordial. Pero podemos ir más lejos y considerar que también la sensorio-motricidad depende del objeto. Algunos deportados denominados "musulmanes" en los campos de concentración dejaban de comer, de hablarse, y parecían no sentir nada. También los bebés afectados de "hospitalismo" permanecen inertes y no intentan ni siquiera llamar la atención. T. Bernardht en el extraordinario relato de su hospitalización, siendo adolescente, en un servicio en donde también había moribundos, cuenta que las curas que le hacían las enfermeras ausentes e inhumanas y que tenían que haber sido terriblemente dolorosas, acababan por ser indoloras. Recordemos la extraordinaria capacidad de los autistas para soportar el dolor.

El buen funcionamiento de la sensorio-motricidad está íntimamente relacionado con la calidad de la relación con el objeto primario y exige una organización evolucionada que se reconoce a sí misma y al otro. La vertiente negativa del reconocimiento del extraño,

---

<sup>7</sup> Freud: "El hombre de los lobos"

que habitualmente se instaura hacia los ocho meses, impide su supresión<sup>8</sup>. Ahora bien, la satisfacción no puede tener lugar sin la supresión del otro (la satisfacción alucinatoria del deseo que no existe sino en ausencia del objeto lo demuestra y también el hecho de que todo goce coexiste con la desaparición del objeto que lo ha proporcionado). Para que el otro pueda desaparecer tiene que haber sido concebido como exterior a uno mismo, como extraño, tiene que ser reconocido para poder ser suprimido. El deseo, el goce, y también el dolor fundamentan la conciencia de sí mismo.

Resumiendo, sin reconocimiento del extraño no hay supresión posible de él y por lo tanto no se puede acceder ni al goce ni al dolor como sensaciones pertenecientes a uno mismo, ni a una identidad propia.

Sigamos con el análisis de N.: su anestesia psíquica desaparece y experimenta por primera vez sufrimiento por haber abandonado a su hijo, pero esta toma de conciencia da paso a un accidente somático. El que yo estuviera de vacaciones en el momento de estos hechos repite la ausencia psíquica de la madre cuando N. se quemó. Sin la presencia del objeto la angustia señal de alarma no se constituye y al no tener destinatario el dolor se reprime de modo primario (Fain), como alucinación negativa. N. no "presiente" nada, no se angustia e instaura inmediatamente una conducta de riesgo hasta que de nuevo se siente mal y tiene que acudir al médico.

En la primera sesión después de esta separación así como en las siguientes le señalé el sufrimiento de su cuerpo diferenciándolo de su sentimiento de identidad, otorgando así un destinatario a dicho sufrimiento: esto dio paso al abandono progresivo del funcionamiento operatorio en el que se había replegado hasta entonces. Como dijimos antes, su primera asociación alude a la falta de reacción de su madre en el momento del accidente; en otra asociación se identifica al agresor apropiándose de la conducta materna: "Cuando mis niños se caían, no los cogía nunca en brazos, no los compadecía y el dolor cesaba, incluso si se habían hecho mucho daño".

### **El funcionamiento operatorio anula el funcionamiento psíquico del Yo.**

La génesis de Yo según Freud está ligada íntimamente al funcionamiento psíquico (Las pulsiones y sus destinos). El Yo va emergiendo de la masa de sensaciones y de excitaciones de un yo-ello indiferenciado; ejercita su capacidad de retirada y de elección; poco a poco se va delimitando y se reconoce mediante su capacidad de atribución. En cuanto discrimina lo bueno de lo malo establece un juicio relativo al origen endógeno o exógeno de las excitaciones estableciendo así su identidad.

¿Qué decir de N. y de su cuerpo marcado por cicatrices de innumerables accidentes que ella misma provocó?

Probablemente N. no ha podido constituirse un "yo-piel" (D. Anzieu) pero ese "yo-piel" aparece en negativo cuando mi intervención da corporeidad a su envoltorio físico. Por primera vez N. se queja de las cicatrices recientes de la trombosis y me dice su intención de esconderlas con un pañuelo. El lugar de su sufrimiento físico es también el de su sufrimiento psíquico. Ya no hay anestesia.

Volvamos a la discusión que iniciaba este trabajo sobre la esencia del funcionamiento llamado "operatorio".

---

<sup>8</sup> Este reconocimiento está relacionado con la censura de la amante, es decir, con la capacidad de la madre de ausentarse psíquicamente, en presencia de su bebé y de pensar en el padre-amante. Facilita así a su hijo la representación de otro que no es la madre y de otro que pertenece a la madre.

En "La metapsicología de la vida operatoria" M. Fain describe una actividad supresora en el funcionamiento operatorio y la existencia de contra-investimientos auto-calmantes que luchan contra virtualidades traumáticas que llevarían a un estado de desvalimiento. Lo atribuye a un fallo del funcionamiento narcisista de la madre y de la separación madre/bebé.

Para el operatorio, el sobre-investimento de la realidad tiene una finalidad autocalmante y se traduce por la búsqueda de un objeto exterior que evite el desvalimiento de la pérdida. Esto le lleva a sobre-investir una experiencia de satisfacción en la realidad ya que el trauma ha anulado la función alucinatoria.

Para luchar contra el desvalimiento, el juicio de existencia se impone en detrimento de lo alucinatorio. Prevalece así el mecanismo de la condensación psíquica y la obligación de efectuar desplazamientos masivos.

En la vida operatoria alternan los momentos de sobre-excitación con otros de excitaciones negadoras: esta alternancia actúa como el balanceo de los niños con insomnio. Falla así la capacidad de constituir la alucinación del objeto ausente y esto produce una represión primaria o una "desobjetalización primaria" (A. Green).

Esta búsqueda de un objeto externo que proporcione fuertes estimulaciones y situaciones de peligro y que compense las fallas de la relación narcisista con la madre es por supuesto una trampa que no hace sino agravarlas.

N. multiplica los deportes al límite y los traumatismos buscando sensaciones extremas y se aturde con la repetición de conductas cotidianas agotadoras que ocupan todo su tiempo. La sobreexcitación que alterna con la energía negadora le hace vivir en un estado traumático constante. Esta energía negadora es la expresión de un sistema parexcitante muy particular que corta la comunicación con el inconsciente provocando una analgesia tanto psíquica como física.

Este estado traumático afecta también al trabajo del sueño, en especial a la regresión formal y por lo tanto a la figurabilidad.

Cuando la anestesia desaparece la percepción traumática surge ligada a la "cosificación de la castración" en la sesión del recuerdo pantalla.

En resumen, ante el riesgo de la aparición de un estado traumático precoz, ciertos pacientes psicósomáticos tienen conductas específicas. Desarrollan un sistema de parexcitación particular, hecho de excitación negadora con una finalidad auto-calmante que tiene como consecuencia la ruptura de la comunicación con el inconsciente.

Este sistema llevado al extremo puede adoptar la modalidad de una anestesia contra todo dolor, tanto físico como psíquico.

Antes de terminar la exposición del funcionamiento psíquico de N. quiero hacer alusión al lugar que ocupa el masoquismo primario erógeno. B. Rosenberg, en su lectura de Freud, señala el papel de intrincador pulsional del masoquismo que regula el placer y el displacer y da sentido a lo que de lo contrario no es sino excitación interminable. El masoquismo erógeno permite aplazar la descarga inmediata y esperar para dar un sentido al trauma: la supresión drástica de toda sensación, incluso de las más dolorosas por medio de la anestesia pone término a la excitación de una forma que se puede comparar a un derrame hemorrágico.

**Conclusiones:**

Hemos intentado distinguir varios puntos de vista: por una parte el "cortocircuito" del modelo de las neurosis actuales. Si este "corto-circuito" pone fuera de juego al aparato psíquico, teóricamente el pensamiento "operatorio" no tendría por qué existir.

Otro punto de vista busca la solución en el funcionamiento del aparato psíquico y en la instalación de defensas ultra precoces.

Aparentemente estas dos posiciones son irreductibles. Sería deseable aportar argumentos clínicos para "dialectizarlas".

En este trabajo he privilegiado la tesis de una defensa llevada al extremo para luchar contra cualquier tipo de sufrimiento que podría incluso extenderse a la constitución de la sensorio-motricidad. La consecuencia de un funcionamiento defectuoso a ese nivel sería el empobrecimiento del pensamiento.

En estas hipótesis, en las que el papel del objeto es particularmente importante ¿se podría atribuir a la "insuficiencia" del objeto, en el sentido de Winnicott, el lugar que ocupa la seducción por el adulto en el traumatismo de la histeria?.

Si no se quiere volver a una especie de neurótica no debemos simplificar esta situación con una ecuación. Como el traumatismo, el dolor forma parte de esas nociones que escapan a nuestro deseo de explicación definitiva. Las vivencias, la historia particular, las fuerzas pulsionales implicadas, cada elemento interviene con sus mutuas interacciones para constituir el trauma y obligarnos a profundizar la reflexión.

Estas concepciones quisieran enfocar de otra forma el trabajo con ciertos pacientes somáticos que atraviesan momentos operatorios y concebir el tratamiento como una creación. La creación de un traumatismo, nombrado, historizado y que se repite con la relación analítica. Esto hará que tal vez el paciente salga de ese mundo atemporal, anobjetal y anestesiado en el que está sumido. Como Churchill dirigiéndose a los ingleses en plena guerra, el psicopatólogo tendría que prometer a su paciente anestesiado "sufrimiento y lágrimas..." liberadoras.

Traducción: Eloísa Castellano-Maury