

ISLA DEL DOLOR: DOLORES QUE CALLAN, DOLORES QUE HABLAN

MÁRCIA SEMENSATO
Psicóloga (PUCRS),
Master en Psicología (UFRGS),
Doctor en Psicología (UFRGS), Psicoanalista,
Miembro del Centro de Estudios Psicoanalíticos
de Porto Alegre (CEPdePA).
Email: msemensato@gmail.com.
Porto Alegre - RS - Brasil.

Para citar este artículo / Para citar este artigo / To reference this article

Semensato M. (2015) ISLA DEL DOLOR: DOLORES QUE CALLAN, DOLORES QUE HABLAN
Intercambio Psicoanalítico 3 (1),
Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional (CC By 4.0)

ISLA DEL DOLOR: DOLORES QUE CALLAN, DOLORES QUE HABLAN

Márcia Semensato¹

¹Psicóloga (PUCRS), Master en Psicología (UFRGS), Doctor en Psicología (UFRGS), Psicoanalista, Miembro del Centro de Estudios Psicoanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA). Email: msemensato@gmail.com. Porto Alegre - RS - Brasil.

Resumen:

Este artículo enfoca el dolor, especialmente el dolor psicógeno. Para tal, esta exploración estará basado principalmente en algunos textos freudianos: Proyecto de Psicología (1895) e Manuscrito G – Melancolía (1895b), así como en autores que, inspirados por las contribuciones de Freud en estos textos, se dedicaron a comprensión del tema de manifestaciones dolorosas del cuerpo, sean las conversiones o las somatizaciones. El tema se presenta a través de narrativas de una persona marcada por dolores crónicas a lo largo de su vida.

Palabras clave: Dolor; dolor psicógeno; conversión; somatización

El dolor

Esta obra habla de dolor, el dolor que se siente sin su sentido. Dolor físico persistente, repetitivo y “misterioso” que marca las vidas; “gente que cuenta su vida” a través de su cuerpo dolorido. El tema se presenta a través de los relatos de Lara, una persona marcada por el dolor: *“El dolor impide todo, sigo llevando jugando hacia adelante, pero en vano, pues, mientras esta cosa está pegada a mi...”*.

Somos una humanidad dolorida. Muchas personas cuentan historias de dolor cuyo significado no se entiende, ni siquiera por ellos, ni por el otro, son los dolores de una “tierra de nadie”, un cuerpo habitado por sensaciones difíciles de describir subjetivamente. A menudo, en estas circunstancias ‘pasean por un shopping de médicos’- muchos médicos, muchos exámenes, tratamientos, y siguen los dolores. El ser humano no alivia su dolor con facilidad.

¿Pero, cuál es el equilibrio entre permitir el dolor o aliviar el dolor? ¿Estos dolores físicos «misteriosos» tienen sentido? ¿O falta de sentido, que necesita ser producido? De una o otra manera, debemos reconocer el carácter protector del dolor: el ser humano necesita el dolor, así como de la depresión y angustia mientras anuncio de amenaza (Berlinck, 1999). ¿Cuál es la alternativa o alternativas del psicoanálisis frente a estos dolores? Tal vez aceptar el dolor sin el empobrecimiento del síntoma. Esto demanda una responsabilidad psíquica frente a su síntoma, una tendencia que se nos escapa en el momento actual. El uso excesivo de medicamentos, así como la medicalización de los dolores y sus nombres ‘artísticos’ y tecnológicos, explicados en términos puramente físicos, se convirtió en su propio síntoma: reducir el esfuerzo del pensamiento que, permite la comprensión de lo que está pasando con cada uno, puede llevar a impedir la capacidad de adquisición de las experiencias depresivas, dolorosas y angustiantes (Berlinck, 1999). En este sentido, es común que las personas intenten anestesiarse y aliviar sus dolores con medicamentos y a la vez, relaten un sentimiento de despersonalización, de distanciamiento consigo mismas. De todos modos, el dolor también tendrá que ser escuchado y hablado. Necesitas las “palabras mágicas” (Freud, 1905), y sus sentidos; necesitan estos registros.

La teoría que fundamenta este trabajo no pretende presentar una visión integral del tema de dolor, sino comprender qué tipo de registro incrementa la comunicación a través del dolor, “dolor psicógeno”. Amparada en esta meta, esta exploración se basa principalmente en algunos textos freudianos: *Proyecto de Psicología* (1895) e *Manuscrito G - Melancolía* (1895b), así como autores que, inspirados por las contribuciones de Freud en estos textos, se dedicaron a comprensión del tema de manifestaciones dolorosas del cuerpo, como por ejemplo, Nasio (2008) y Delouya (1999). Como una ilustración del tema se presenta recortes de

una historia contada en palabras y sensaciones, en el drama del cuerpo de Lara – un cuerpo dolorido, un cuerpo *loco*. Los aspectos teóricos se centran especialmente con respecto a los fenómenos conversivos en marcos neuróticos histéricos. Lara es una narradora muy buena - historias divertidas, historias de vida, hechos de la vida cotidiana, historias acerca de la ‘locura’ familiar. Narrativas muy teatrales e interesantes; historias de resistencia personal, de quien “*se arregla solo*”. Sobre todo, historias de una mente y un cuerpo marcados por el dolor y por las formas de driblar algunos de estos dolores.

La marca del dolor físico

El dolor es real. Así como el psicoanálisis no duda de la angustia y de la depresión, ella cree en el dolor - física o psíquica, psicógena. Nasio (2008) afirma que el dolor físico psicógeno y el dolor psíquico pueden ser diferenciarse como sigue: el dolor psicógeno es corporal, pero de origen psíquico. Y el dolor psíquico no es corporal: es un afecto, un estado afectivo, una reacción afectiva a la *pérdida o brutal ruptura* de un vínculo de amor.

El dolor es siempre un fenómeno límite: emerge en el borde impreciso entre cuerpo y psique, entre el yo y el otro, o entre el funcionamiento del psiquismo y su desregulación. Por lo tanto, desde la perspectiva psicoanalítica no habría ninguna diferencia entre el dolor físico y psíquico, entre la emoción dolorosa y el dolor psíquico, exactamente, por ser el dolor un fenómeno mixto que, aparece en el límite entre el cuerpo y la mente (Nasio, 2008). En el principio del texto del *Proyecto* Freud (1895) no trajo una distinción entre dolor físico y mental; habló del dolor, pero, a lo largo del texto se revela la distinción. A pesar de no se haber dedicado específicamente al tema del dolor, varios textos presentan hipótesis de trabajo sobre este fenómeno: en 1915, considera el dolor como si fuera un *seudo-pulsión* y en 1926, habló de la discriminación entre el dolor físico y emocional como siendo del orden de la naturaleza de la investidura. En el dolor físico predomina la naturaleza narcisista, mientras que en el dolor psíquico, predomina la naturaleza libidinal del objeto: El paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza de investidura narcisista en investidura de objeto. La representación-objeto, que recibe de la necesidad una elevada investidura, desempeña el papel del lugar del cuerpo investido por el incremento de estímulo (Freud, 1926, p. 160).

¿Dónde está el dolor? El dolor no está sobre la lesión, está en el cerebro, cuanto a la sensación dolorosa y en los fundamentos del yo, en Ello cuanto a la emoción dolorosa (Nasio, 2008). El dolor de cada uno lleva el estigma de lo más íntimo de su pasado. Además del dolor que resulta de la lesión infringido al cuerpo y que también tienen una imagen mental correspondiente, existe un dolor del cuerpo que es un síntoma, expresando un conflicto psíquico. El ejemplo típico del dolor síntoma es el dolor psicógeno - una sensación dolorosa efectivamente sentida por el sujeto, pero sin ninguna razón tangible que lo explique, sin causa orgánica detectable.

Al buscar comprender el origen psíquico del dolor físico, Nasio (2008) considera las ideas de Freud presentadas en el *Proyecto* y propone tres posibilidades acerca de la idea de un cuerpo dotado de memoria. En la primera posibilidad, el dolor psicógeno sería la memoria en el cuerpo de un antiguo dolor orgánico olvidado. En la segunda, la conversión, sería la parte dolorosa de un retorno del cuerpo, previamente marcada por la presencia momentánea de una pulsión reprimida. En la tercera posibilidad, ella sería la manifestación de una asociación en el pasado entre la emergencia momentánea de una pulsión inconsciente, que tuvo que ser reprimida, con un dolor fortuito en el cuerpo, sobre el cual, ahora, se presenta el dolor psicógeno. El dolor psicógeno también puede ser de carácter histérico o hipocondríaco. En el primer caso, según Nasio (2008), el paciente quiere hablar sobre esto y el dolor cambia de lugar y de intensidad; el paciente vive esto como algo que tiene en el cuerpo. En el segundo caso vemos que el paciente presenta como si fuera el dolor. En escritos muy tempranos de su obra, Freud se refiere a la vivencia del dolor físico. Tanto el *Proyecto de psicología* (1895) como en el *Manuscrito G* (1895), abordan el tema del dolor desde el punto de vista económico: Las ocasiones del dolor son, por una parte, un acrecentamiento cuantitativo; toda excitación sensible, aun de los órganos sensoriales superiores, se inclina al dolor con el aumento del estímulo. Esto se comprende, sin más, como fracaso [del dispositivo]. Por otra parte, hay dolor con cantidades externas pequeñas, y por regla general está conectado con una solución de continuidad... (Freud, 1985b, p.351).

Antes de ser un mecanismo patológico, Freud describe el dolor relacionado con la fundación de un aparato psíquico, donde el dolor físico sería el prototipo de la psíquica. Así que, como Delouya, en el *Proyecto* el alerta ante el peligro, que apunta la angustia, es un vestigio de la memoria de la experiencia primaria del dolor: es el dolor que pone de relieve el verdadero de la psique, por lo que es la represión primaria; el dolor presenta el inconsciente, puesta en obra la formación del yo y el pensamiento (Delouya, 1999).

Freud (1985^a) propone la idea de sistema de ϕ , permeables, las neuronas que pueden recibir gran cantidad de Q (cantidades externas), como esto no es retenido allí. Las neuronas ψ , son las neuronas de la memoria, impermeables, que no tendrían contacto directo con el mundo exterior, lo que reduce el paso de Q y dificulta su descarga, en función de las barreras de contacto. Las barreras de contacto son la resistencia que se opone a la eliminación de Q_n , cantidad del orden endógeno.

La importancia del otro es notable en esta Psique: en el bebé, el exceso de Q se experimenta como algo muy desagradable, al nivel de impotencia. Para mitigar el estímulo que viene de afuera, la descarga estaría relacionada con un acto reflejo del bebé. Pero para los estímulos que vienen desde el interior, Freud (1895) habla de la noción de una "acción específica". La primera acción específica sería la maternal, el cuidado del medio ambiente con el bebé. Para Freud, los estímulos:

Sólo cesan bajo precisas condiciones que tienen que realizarse en el mundo exterior; por ejemplo, la necesidad de alimento. Para consumir esta acción, que merece ser llamada «específica», hace falta una operación que es independiente de Q_{η} endógena, y en general es mayor, pues el individuo está puesto bajo unas condiciones que uno puede definir como *apremio de la vida*. Por esto, el sistema de neuronas está forzado a resignar la originaria tendencia a la inercia, es decir, al nivel cero. Tiene que admitir un acopio de Q_{η} para solventar las demandas de la acción específica (Freud, 1895, p.341).

Las cantidades están relacionadas con la “invención” de un aparato psíquico. Freud afirma que el dolor se refiere a un aumento de emoción que invade este sistema Psi (ψ), causando el aumento repentino de la tensión y de la descarga que esta exagerada dentro del cuerpo. Aquí tenemos una comprensión económica del dolor y su causa estaría relacionada con un aumento de la cantidad: el sistema ϕ , por ser conectado directamente a Q_s externos muy intensos, tiene sus propias barreras de contacto facilitadas al máximo. Si ϕ , por un lado, es más permeable para estar más cerca de las cantidades de excitación externa, por otro lado, ya que ofrece una barrera de contacto en los estímulos externos, impide la llegada de grandes cantidades de ψ . Freud introduce el dolor como la expresión de un “fracaso [del dispositivo]” (1895^a, pág. 351) ϕ , un sistema relacionado con la protección contra la cantidad exógena.

El dolor se relaciona con la recepción de cantidades intensivas y por lo tanto deja detrás de sí facilitaciones, provocando en ψ un medio de comunicación:

Según nuestra teoría (a saber, que Q crea facilitación), el dolor deja como secuela en ψ unas facilitaciones duraderas, como traspasadas por el rayo; unas facilitaciones que posiblemente cancelan por completo la resistencia de las barreras de contacto y establecen ahí un camino de conducción como el existente en ϕ . (Freud, 1985^a, p. 351-352).

Así, en la comprensión freudiana, el dolor físico podría ser el prototipo para la comprensión del dolor psíquico. El dolor, mientras cantidad (Q) deja un recuerdo muy intenso detrás de él, una facilitación neuronal en Psi (ψ), como un sendero. Esta ruta es más fácilmente atravesada y entonces será cubierto con una mayor frecuencia. Así se da la tendencia a la repetición: acontecimientos de la vida mental tienden a moverse a través de rutas del camino ya recorrido y evitar la imposición de una resistencia más alta, las nuevas direcciones. En el proyecto, dolor y displacer son de distintos aspectos:

El dolor produce en ψ : 1) un gran acrecentamiento de nivel que es sentido como displacer [...] es indiscutible que el dolor posee una *cualidad* particular, que se hace reconocer junto al displacer. Si la imagen mnémica del objeto (hostil) es de algún modo investida de nuevo (v. gr., por nuevas percepciones), se establece un estado que no es dolor, pero tiene semejanza con él. Ese estado contiene displacer y la inclinación de descarga correspondiente a la vivencia de dolor. (Freud, 1895^a, p. 364-365).

Para Pontalis (2005), esto abarca también aspectos cualitativos: Freud se opone a la experiencia de satisfacción con la experiencia de dolor. No es la oposición que presenta, entre el placer-desplacer, pero entre el principio de displacer-placer y, por el contrario, el dolor. Aquí ya hay un dualismo importante, un dualismo en el cuerpo entre dos experiencias elementales: el par placer-dolor. Por lo tanto, el dolor es diferente de displacer y su calidad de afecto permite esta distinción. Ella es una violación y supone la existencia de límites: límites del cuerpo, de sí mismo. Se produce una descarga interna con efecto de una implosión.

El tema del dolor ha aparecido también en el "manuscrito G," acerca de la melancolía, que así como el dolor, se relaciona con las cantidades de excitación:

Uno puede representarse que si el ps. G. pierde muy intensamente magnitud de excitación, se forma por así decir un *recogimiento dentro de lo psíquico*, que tiene un efecto de succión sobre las magnitudes contiguas de excitación. Las neuronas asociadas tienen que librar su excitación, lo cual produce dolor. La soltura de asociaciones es siempre doliente. Mediante una *hemorragia interna*, digámoslo así, nace un empobrecimiento de excitación, de acopio disponible, que se manifiesta en las otras pulsiones y operaciones. Como inhibición, este recogimiento tiene el mismo efecto de una herida. (Freud, 1985b, p. 244-245).

De este modo, Freud estableció una comprensión de la relación entre el dolor y la melancolía, porque la anestesia (sexual) desempeña un papel en la melancolía:

Todo lo demás está en orden, sólo que no se consiente V. al ps. G. [grupo sexual psíquico], a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa): es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco) (Freud, 1895b, p. 243).

Sus ideas también permiten la comprensión del marco neurasténico: mientras la melancolía es descrita como un "agujero" en la esfera psíquica, la neurastenia también conduciría a tal empobrecimiento, como si la emoción escapase a través de un "agujero", pero aquí, refiriéndose a la excitación sexual somática (Freud, 1985b). Luego seguirían los síntomas típicos de neurastenia.

La descripción freudiana del dolor, tanto en el *Manuscrito G* como en el *Proyecto* marca una paradoja: entre un exceso desbordante y al contrario, una evasión hemorrágica en la melancolía. El dolor es por lo tanto entre el psíquico y somático; entre la percepción interna y externa (Delouya, 1999). Para el autor, el dolor se asocia con un mecanismo primario – una medida defensiva no específico, como la imagen de una 'tropa de frente' del sistema inmune del cuerpo, comprometido en un proceso inflamatorio. El dolor no es capaz de anticipar, cómo la angustia, el peligro para evitar o escapar del objeto o situaciones hostiles, porque no tiene un sistema de advertencia que puede identificarlos previamente, como tal:

A dor não é, como a angústia, um sinal de alerta, mas já efeito da resposta a uma efração que implica um esforço de ligação. A dor eclode com ou é a própria tentativa malograda, ou parcialmente bem sucedida, de ligação de um excesso, seja de invasão ou de evasão, de um afluxo ou de um influxo, no aparelho psíquico¹ (Delouya, 1999, p. 24).

En 1915 en el artículo “La represión», Freud habla del dolor como un *seudo-pulsión*:

Puede ocurrir que un estímulo exterior sea interiorizado, por ejemplo si ataca o destruye a un órgano; entonces se engendra una nueva fuente de excitación continuada y de incremento de tensión. Tal estímulo cobra, así, notable semejanza con una pulsión. Según sabemos, sentimos este caso como *dolor*. Ahora bien, la meta de esta seudo-pulsión es sólo el cese de la alteración de órgano y del displacer que conlleva. Otro placer, un placer directo, no puede ganarse con la cesación del dolor. El dolor es también imperativo; puede ser vencido exclusivamente por la acción de una droga o la influencia de una distracción psíquica. (Freud, 1915, p. 141).

De hecho, ya en 1890, Freud menciona estas posibilidades de influencias para la eliminación del dolor, incluyendo también la capacidad que se llamaría a “transferencia” – la expectativa esperanzada y confiada es una fuerza eficaz de la que “no podemos dejar de prescindir en todos nuestros ensayos de tratamiento y curación. De lo contrario serían inexplicables los curiosos efectos que observamos a raíz de la aplicación de medicamentos y terapias” (Freud, 1890, p. 121) - el otro como un importante factor de curación. En 1926, él toma este tema y afirma que cuando hay una desviación psíquica causada por algún otro interés, incluso el cese de dolor físico más intenso pueden cesar “porque hay una concentración de cathexis en lo representante psíquico de parte del cuerpo que está emitiendo dolor” (Freud, 1926, p. 197).

Para Freud (1895^a), el dolor pulsión cuando no encuentra una ruta específica en las vías motoras, es secretada o quitada en el aparato psíquico. Así, explica Delouya, el exceso pulsional que no puede almacenarse, se descarga dentro del aparato:

...gerando dor em forma de anseio pelo outro. É apenas este outro dos indícios, que vindo ao encontro desse apelo, precipita-se no sujeito como experiência ou nele inscreve uma vivência. É esta que dota a dor de qualidade, transformando-a em afeto. Portanto, o outro afeta, ou melhor, concede afeto, por meio ou através da dor (Delouya, 1999, p. 29).²

El dolor implícito en el estado primordial de desamparo del bebé empuja al recién nacido hacia el objeto. Aquí, como afirma Delouya (1999), tenemos el modelo por excelencia de afecto, que será refinado en 1923, en El yo y el ello: el dolor como el prototipo de los afectos reprimidos.

El dolor está marcado no sólo en el límite entre externo e interno, pero el otro límite relacionado con esto, el yo-no yo, en relación uno con el otro. Un yo ‘historizado’.

1El dolor no es, como la angustia, un señal de advertencia, pero el efecto de la respuesta a una ruptura que implica un esfuerzo de conexión. El dolor se desata con, o, es su propio esfuerzo infructuoso, o parcialmente exitoso, excesiva atascamiento, cualquier invasión [...] en el aparato psíquico.

2 ...generando dolor en forma de nostalgia por el otro. Es sólo que uno de los signos, que invitan a la fecha de esta apelación, se precipita sobre el tema como un experimento o alista una experiencia. Esto es lo que dota al dolor de calidad, convirtiendo se en el afecto. Por lo tanto, el otro afecta, o mejor dicho, concede afecto, por medios o a través del dolor.

Un poco de la historia de Lara...

Lara es una chica muy hermosa, expresión viva, cuerpo curvilíneo, ropa colorida. Hoy en día, a la edad de 35 años, trabaja e es estudiante universitaria. Nació en una isla, "junto al río", sin luz, sin agua corriente. Jugó en un corral; en su imaginación estaba en una playa maravillosa...Ha jugado bastante. Todo esto se volvió en historias con muchos detalles coloridos. Su padre, José, es un "hombre trabajador" que también cuenta muchas historias. La madre - Dores, según Lara, *"tiene algún trastorno de la personalidad, trastorno bipolar y fibromialgia"*. El peso, ella dice, *"fue la locura, no la pobreza de dinero, nadie murió a causa de él, murió por la locura, la perversión..."*. Dicho todo esto con una cierta teatralidad, tiende a capturar el otro y distraer la atención del peso del contenido de lo que narra.

Una familia narrada como *"muy divertida, pero todo termina en una pelea"*. Una larga historia de enfermedad psiquiátrica a lo largo de las generaciones (abuelos, padres, hermanos); frecuentes abusos sexuales a lo largo de las generaciones: *"siempre, todo el mundo dice que no vio nada. Esto no va al pasado, no hay manera, no hay descanso..."*. Realmente quería ir a la escuela; fue y encontró una profesora descrita como muy dedicada *"la profesora trabajó en una pequeña habitación y enseñó a todos los niños de la isla juntos, allí no había nada, pero ella era muy dedicada, "...esperando ansiosamente el tiempo para la escuela,...tenía miedo de caer enfermo y no poder ir a la escuela"*.

Casi como una profecía, de hecho, Lara comienza a enfermar con el despertar de un cuerpo sexuado en la adolescencia, enfermo con dolor y sangrado sin nombre para los médicos. Cuenta que a los 18 años tuvo la gran pasión de su vida. Durante este período sucedió la intensificación de una serie de síntomas físicos, como migrañas y un malestar en el cuerpo que no sabe cómo describir. Nunca supe lo que era y aún no lo sabe. Años después del final de esta novela, se casó con otro hombre *"porque quería tener un hijo"*. Cinco años después nació Abel.

Lara cuenta muchas historias de la vida, muchas de las cuales revelan opciones precarias, concomitantes a una impresionante capacidad de supervivencia que causan un impacto en su descripción, por ejemplo, alquilar una casa *"debajo de un puente"* en un período en que ya trabajaba y no tenía dificultades financieras. Cuenta que salió de la isla, pero es difícil establecer su isla, con todas sus marcas.

Muchas historias son relatadas, historias graciosas, historias horribles, muchos chistes de desgracias y de gran resistencia; mucha pobreza y riqueza al mismo tiempo. También así está su salud: un cuerpo muy cuidado, una mente a ser cuidada, exámenes perfectos, mucho dolor, dolor emocional y dolor físico. Nadie descubre algún registro en el órgano, como una alteración somática 'consistente'. Lara sabe sobrevivir a su dolor, pero dice: *"Yo quiero vivir bien"*.

Freud en 1890 afirmó la dependencia del dolor físico de lo anímico, comúnmente llamado imaginación. Destacó la importancia del respeto por el dolor derivados de imaginación en contraste con aquellos más derivadas de otros factores:

Los legos, que de buena gana resumen tales influencias anímicas bajo el nombre de «imaginación», suelen tener poco respeto por los Dolores debidos a la «imaginación», a diferencia de los provocados por una herida, una enfermedad o una inflamación, Pero es una evidente injusticia, cualquiera que sea su causa, aun la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes. (Freud, 1890, p. 120).

... Por lo tanto, el ser humano es impulsado a la necesidad de alivio....

El dolor, la histeria, una anatomía, un proyecto

El tema del dolor acompaña el desarrollo del psicoanálisis, pero el dolor psicógeno no ha sido tan explotado por Freud. En el *Proyecto*, como se ha visto anteriormente, Freud (1985^a), ofrece un diseño cuantitativo de los procesos psíquicos; es decir, la patología normal, sería un *quantum* excesivo de un aspecto común a toda la actividad de representación. El dolor es entendido como una repentina irrupción de grandes cantidades dentro del aparato y, como fracaso en la resistencia de las barreras de contacto.

La idea del dolor está relacionada a la teorización de los fenómenos corporales, como por ejemplo, en la conversión somática. Así, en los primeros intentos de comprender la histeria, el dolor era ya un fenómeno importante: “las histerias están sometidas a una *compulsión* que es ejercida por representaciones *hiperintensas*” (Freud, 1895a, p.394). Éstos se presentan a la conciencia sin conexión con los pensamientos conscientes, acompañados de fenómenos psicológicos y somáticos que no pueden ser suprimidos, de un tipo incomprensible y absurdo. Si la ocurrencia de estos fenómenos podría explicarse por análisis psicológico, la incomprensibilidad del fenómeno de la conversión histérica es sólo aparente. Esto es porque la representación hiperintensa resulta como si fuera un reemplazo o un símbolo de una representación reprimida y la reacción histérica del paciente llega a ser comprensible a través de este último. Freud trae el ejemplo siguiente:

Antes del análisis, A es una representación hiperintensa que con frecuencia excesiva se esfuerza dentro de la conciencia y provoca llanto. El individuo no sabe por qué llora a raíz de A, lo encuentra absurdo, pero no puede impedirlo.

Después del análisis, se ha hallado que existe una representación B que con derecho provoca llanto y con derecho se repetirá una y otra vez mientras el individuo no haya consumado contra ella cierta complicada operación psíquica. El efecto de B no es absurdo, es comprensible para el individuo, y aun puede ser combatido por él. B mantiene con A una relación determinada. [...] El *histérico* que llora a raíz de A no sabe nada de que lo hace a causa de la asociación A-B ni que B desempeña un papel en su vida psíquica. Aquí, el símbolo ha sustituido por completo a la cosa *del mundo* (Freud, 1895, p. 396).

Freud (Freud, 1895^a) argumenta que cuando surge este tipo de compulsión necesitamos asignarlo a una 'represión'. Esto implica en un 'desplazamiento de la cantidad' de la representación que fue reprimida por la representación que la sustituyó: el fenómeno patológico en las psiconeurosis sería un proceso de desplazamiento similar a los que ocurren en los sueños, por lo tanto, un proceso primario.

Siempre he creído en los dolores de Lara, pero siempre ha sido difícil establecer qué tipo de registro tiene en las manifestaciones de su cuerpo. Lara sufre a su propia manera y enfrenta su dolor contando muchas historias y así algunos de estos se convierten en parte de su historia de vida. De hecho, cada uno sufre a su manera, sea cual sea la razón de su sufrimiento. Sin embargo, la situación es confusa acerca de las contradicciones salud-enfermedad: *"Estoy avergonzado de ser la doña dolores... y lo peor, o mejor, no sé, es que cuando miran mi examen, son exámenes de encuadrar, para estudiante de medicina ver lo que es la correcta... pero ahora me deprimí, estoy cansada,... ningún médico me puede decir lo que es; esto me pone cansada"*.

Aquí tenemos una anatomía que parece pertenecer a una especie de lógica distinta. De hecho, en 1893, intrigado por las cuestiones corporales en trastornos histéricos, Freud afirmó que:

Puesto que sólo puede haber una sola anatomía cerebral verdadera, y puesto que ella se expresa en los caracteres clínicos de las parálisis cerebrales, es evidentemente imposible que esta anatomía pueda explicar los rasgos distintivos de la parálisis histérica[...] ... la lesión de las parálisis histéricas debe ser por completo independiente de la anatomía del sistema nervioso, puesto que *la histeria se comporta en sus parálisis y otras manifestaciones como si la anatomía no existiera, o como si no tuviera noticia alguna de ella*. (Freud, 1893, p. 205-206).

Además, señala que habría varias diferencias en las manifestaciones de la parálisis de causa orgánica y no orgánica. El contraste más grande sería que: "La parálisis histérica es, entonces, de una delimitación exacta y de una intensidad excesiva" (Freud, 1893, p. 202). Estas cualidades coexisten, en contraste con la parálisis orgánica, en la cual estas dos características no tienden a la unión. La pregunta más intrigante de anatomía diferenciada no está abandonada por Freud. En 1926, por ejemplo, habla de un funcionamiento diferencial del organismo sometido al dolor: ... actúa como un estímulo pulsional continuado, frente al cual permanecen impotentes las acciones musculares, en otro caso eficaces, que sustraerían del estímulo el lugar estimulado. En nada varía la situación cuando el estímulo no parte de un lugar de la piel, sino de un órgano interno; no ocurre otra cosa que el remplazo de la periferia externa por una parte de la interna (Freud, 1926, p.159).

Una de las hipótesis para estos dolores son fenómenos histéricos. Esto es porque la psicoplasticidad histérica, le permite imitar no sólo gestos, maneras de hablar o actuar, pero también, los síntomas físicos y mentales (Mayer, 1989). Así, la histeria podría manifestarse a través de la imitación de enfermedades, produciendo síntomas similares, que tienden a engañar a los profesionales, tal vez no sólo los profesionales médicos, pero sobre todo a éstos en los diagnósticos. Tal vez las observaciones de Freud en este sentido son todavía vigentes:

La relación entre lo corporal y lo anímico [...] es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de esta relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia (Freud, 1890, p.116).

Según Mayer (1989) el cuerpo histérico aparece como el lugar en el cual se expresa lo que la censura impide de ser dicho en palabras. Esto es como un cuerpo lleno de metáforas histéricas, para las cuales se hace necesario 'dar a luz'. Lara refiere siempre varios problemas de salud y ya ha tenido diagnósticos distintos en esta saga de dolores: *"El (doctor) dijo, es una enfermedad auto inmune y me dijo que tengo que tomar medicación, pero aún no hay resultados de los exámenes..."*.

En la repetición, demuestra que nadie impide este dolor, ni siquiera los medicamentos son capaces de hacerlo. Estos dolores inexplicables son el resultado de esta anatomía diferenciada imaginaria. Por otra parte, es significativo que una enfermedad no se anuncie, pero en la mente del otro – su analista, sus médicos, etc... ¿Eso sería una enfermedad instalada o una anatomía diferenciada? De hecho, se sabe que actualmente existen varias pruebas de la relación entre emoción y componentes del sistema inmune, pero tal vez una enfermedad que no presenta cambios en exámenes médicos ya comunica su necesidad para una escucha diferenciada. Su dolor sigue caminos marcados en período temprano: *"Bueno, esos son mis dolores de cabeza... la familia. Sabes, a veces lo sé que es separación emocional que tengo que tener, pero creo que yo también necesito del concreto. No quiero ir allí, no quiero celebrar nada con ellos, no quiero los chistes junto con los desastres..."*.

Además del dolor, otras manifestaciones corpóreas son notables en la vida de Lara, manifestaciones relativas a su sexualidad y también dificultades en su vida sexual. Las denuncias que involucran a la región genital, por ejemplo, también son frecuentes. En cierto período dice que tiene *"una bola estallando a través de la vagina, algo que cuelga... parecía algo fuera del cuerpo. (...) La parte que vi se había ido, pero aún hay en lo interior"*. En la próxima sesión sigue en el tema: *"sentí algo caliente... luego abrí la ropa... y estaba bañada en sangre:... corrió al baño estaba limpio, algo dentro de mí... parecía un cuerpo, un aborto; era demasiado grande... bañé, cambié de ropa y créame... no salió una gota siquiera... no sé de donde viene, si era el útero donde estaba... y no sentía más dolor"*. Pero, según informes de Lara, *"Está aquí todavía"*. De hecho, para Nasio (2006), el dolor

actual es la repetición del dolor pasado. La imagen del cuerpo herido es el resultado de rastros dejados por antiguos dolores en el inconsciente, por los deseos de los demás, por diversas percepciones no conscientes que fijaran los acontecimientos pasados. Por lo tanto, la representación de la zona dolorida proviene de las impresiones pasadas y actuales y es modelada por el impacto del cuerpo del otro. Y así nace la lesión, como una imagen imprecisa de un fragmento del cuerpo en el centro de una escena de fantasía. Esto es lo descrito por Lara en la experiencia del 'parto'.

La persona histérica tiene esta producción sintomatológica relacionada con el miedo de vivir la satisfacción de un gozo máximo que le haría volver loco. Esa producción mantiene lo que Nasio (1991) describe como un yo insatisfecho (Nasio, 1991). La insatisfacción funciona como un guardián: *"Nadie tiene tesón sabiendo que tiene una herida... me trastorna la historia sexual, yo tengo un mal presentimiento si (él) me toca, pero me molesta también se tengo estos negocios... No puede haber sexo... no podía ni hablar, siquiera podía comer, porque todo lo que mastiquava parecía que iba llenar el agujero de las aftas. Y también no podía besar... había muchas (aftas) en todas partes de la boca, no quedaba lugar en la boca... es una lucha para esto no se convierta en una depresión"*.

La lucha interna de Lara para que *"no se convierta en una depresión"* tiene su expresión en el cuerpo, en el cuerpo marcado. Ella teme entregarse a esto y siente como si fuera como su madre, a quien ella llama por el nombre de Dores: *no sé si (la madre) es imprestable porque estaba enferma o, es enferma por ser imprestable... cuando yo era pequeña, pensé que era imprestable porque estaba enferma. Ella se quedó allí, no atendía los niños..., ella se quedaba en la cama viendo pasar las cosas. Ella se encontraba siempre con una hemorragia, hasta que sacó el útero, o estaba deprimida, o algo así*.

En los niños, el dolor físico conduce al dolor psíquico. En los adultos, a veces el dolor psíquico toma la dirección del cuerpo para expresarse, como en el caso de Lara. El dolor físico excesivo hace difícil el registro psíquico y el exceso de dolor psíquico vertido en el cuerpo, no alcanza los niveles de representación más elaborados (Conte, 2002). El exceso dificulta la metabolización. Dice Lara: *"el dolor hasta puede permanecer allí, pero no quiero sentirlo"*.

Rabenou (1986) en un artículo intitulado "Madre de dolor ³", relata la historia de un paciente en análisis con similar demanda, lo que ella llama una paradoja, sometiendo al analista a un doble mensaje contradictorio: ayuda me a suprimir el dolor que me hace sufrir, pero déjamela a mí para que yo pueda existir. Para el autor, este dolor tiene un propósito que es primitivamente narcisista y no libidinal. Este dolor, puede experimentar por su reactivación, el objeto perdido que necesita para sobrevivir, física y psíquicamente. Es un teatro privado donde hay espacio para un solo actor y el analista corre el riesgo de convertirse en un voyeur. El analista no existiría, excepto como un eco. Así, el dolor inflige un sen-

timiento de castración en el analista, porque contratransferencialmente ese dolor sería la expresión de una demanda narcisista imposible de satisfacer (Rabenou, 1986). De hecho, estos aspectos narcísicos parecen tener una participación significativa en esta dinámica. Según Freud (1926), en el dolor físico hay un alto grado de cathexis narcisista de la parte dolorosa que, si es continua, tiende a desinflar el ego: el paso del dolor del cuerpo al dolor psíquico correspondería a una modificación de la inversión narcisista para una inversión objetal. Estos dolores de cabeza tienen un papel en su vida. Sin embargo, como un síntoma que es, no resuelve totalmente; son recuerdos que no quiere recordar. Una de las hipótesis planteadas por Delouya es que el persistente dolor físico representa un sufrimiento:

não de reminiscências, mas de esquecimentos. É como se a experiência traumática infantil tivesse destruído o direito de confiar ao recalque a guarda de sua preservação na lembrança. Em vez de recalque, deserto... (Delouya, 1999 p. 31).⁴

Lara asigna varios de sus dolores y enfermedades a su estado emocional, como cuando tenía “bolas” en la vagina: *“es así, en el lugar sede... ya no es sólo lo que tengo en mente, ahora tiene en realidad algo más desagradable, arruinado, prohibido... yo veo cuando tengo un estrese, que algo sucede, después algo estalla en mi cuerpo... Siempre es lo mismo, como el dolor de la espalda que luego fue al cuello, el cuello estaba rígido y el dolor bajó a la espalda... me estoy volviendo loca de dolor...”*. Nuestra protagonista sufre de muchos dolores, dolores que parecen “moverse” por su cuerpo: *“Me pongo furiosa por el dolor, estoy enojada, estoy herida y soy de muchos modos, solamente el dolor”*.

Lara tiene una relación muy especial con el cuerpo: un cuerpo que sufre, marcado por el dolor, pero un cuerpo cuidado, hermoso, escultural, colorido, con ropa exuberante... Son dolores que escandalizan el saber médico. ¿En este cuerpo, que actúa como un loco, como se presenta la sexualidad? Un cuerpo con el ‘espacio mental’ hipocondríaco, psicossomático y histérico, una mente de historias teatrales, muy vívidas, historias con una descripción libidinizada, un drama histérico. Ella cuenta sus historias dramáticamente, con una llamativa vivacidad que capta el interés del oyente. Estas características llaman la atención en los cuadros histéricos y tienden a ser clasificadas en la actualidad como una simulación, como si fuera algo falso. De hecho, para Mayer (1989), estas personas necesitan aparecer y convocar a sus espectadores, a través de una trama que no es consciente. Representan a diversos personajes que asumen o que atribuyen a los demás. Es un complot apoyado en deseos inconscientes y en las fantasías que representan los deseos sexuales de los niños: el escenario de historias de niños, jugando el teatro de cuerpo de adultos.

4... no de reminiscências, sino del olvido. Es como si la experiencia traumática para los niños hubiese destruido el derecho a confiar en la represión de la guardia de su preservación en memoria. En lugar de represión, desierto...

Lara tiene muchas historias de compañeros, jefes y otros hombres que la acosaron. Actúa como si no tuviera noción de su aspecto atractivo, como si no entendiera que despierta el deseo de los adultos. Tiene un miedo constante de los hombres y la expresión de su deseo sexual: *"... sé que no van a violarme, pero me siento así. Miré en los ojos de él y entonces sentí que ofreció peligro, pues él también me miró... Tenía miedo de los ojos del hombre. Y el tipo tenía lindos ojos, pero he visto tanto mal en sus ojos. Me miró de una manera que me invadía, me sentía atada, yo me quedaba enojada... tengo miedo de no tener fuerza para defenderme..."*.

Las historias relatadas por Lara involucran la trama de sus relaciones, miedo de perversión del otro y de ella misma, de su deseo manifiesto de no tener la fuerza para defenderse. Son historias vívidas, coloridas, buscando la captura de su oyente. Las historias de la vida familiar, la vida de su novio, compañeros de trabajo se convirtieron en historias coloridas y hasta divertidas, a pesar de su contenido a menudo dramático.

Muchos de sus dolores psíquicos están vinculados a la confusión de la sexualidad en el medio familiar: de lo que era hablado y de lo que era silenciado, que no podía ser oído. Son historias que denotan una lógica familiar que para ella es "desesperante y confuso". Las fronteras eran poco claras, según lo evidenciado por la descripción de la escena del abuso que sufrió a los seis años por un amigo de los padres en el sótano. Él quería que tomase su pene y lo pusiera en su boca. Ella llevó a cabo y luego corrió: "no quería ponerlo en la boca. Yo grité y nadie creía en lo que yo decía".

Con el paso de las sesiones contó que había visto la escena muy claramente, pero no sabía si fue *"la creación de mi mente o la realidad concreta"*, una confusión de realidad y fantasía. Dos años después de haber contado este episodio, lo describió otra vez: había tenido muchas inundaciones donde vivía con su familia y parte de la casa fue soterrada: *"ellos estaban haciendo una cocina arriba, porque el fondo estaba soterrado... ese tipo estaba trabajando también en esto, pues era amigo de ellos"*. En la escena, relatada en detalles, hay una lógica que desafía las leyes: la casa que crece hacia abajo, el suelo que se levanta, tal vez el peligro del incesto que rodeaba su medio, una familia de excesos y faltas, cuyos miembros (hijos, nietos) fueron repetidamente acosados en la casa de la familia. Todo lo que ocurrió en estos subterráneos fue muy doloroso. Así ella recuerda las palabras de su hijo lo cual fue acosado por su primo cuando tenía cinco años: *"mamá, no dejo de pensar en eso, yo no puedo sacármelo de la cabeza"*. Dice que en aquel momento descubrió algo diferente: *"mamá te va ayudar a sacarlo de tu mente, vamos a buscar la ayuda de una buena mujer... Recuerdo que pensé, lo primero es escuchar..."*. Esa es la magia de escuchar las palabras y sentimientos.

5 Conocer el otro significa, significa ser capaz de seguirlo en los senderos del origen de las propias experiencias, sentimientos e imágenes motoras en dirección al objeto de satisfacción de antaño. Para entender el otro, debe ser reproducido en sus propios órganos, el hígado y los riñones, como dice la Biblia. [...] el cuerpo experimenta esto solo cuando está en un estado de sufrimiento, de dolor de la falla. Es con el dolor que concibe la existencia del otro. Este es el sentido que tenemos en la transferencia y [...] en el analista, la contratransferencia - de reproducir dentro de sí el dolor de los deseos del paciente.

Desde la tercera a la primera persona: de la "dolor" para el "me siento" Aunque algunos de sus dolores tienen diagnósticos médicos, son dolores itinerantes, que cambian a cada doctor, cada período y tal vez, a cada psicoanalista que la escucha. Es un dolor que necesita tornarse en un yo: yo siento - un "yo psíquico". Las historias de Lara sugieren que la vivencia crónica de los dolores físicos psicogénicos e las manifestaciones corporales dolorosas pueden transitar entre diferentes registros do somato-psíquico, sean conversiones o somatizaciones: todas son dolores que hablan de diferentes formas y callan de diferentes maneras y por lo tanto, todos necesitan ser escuchadas. Del mismo modo, se puede pensar en el dolor físico: las tendencias del registro en el cuerpo o de la transición al cuerpo son notables y muy primitivas. Por lo tanto, Conhecer o próximo significa poder rastreá-lo nas trilhas de origem das próprias experiências corporais, sensações e imagens motoras do endereçar-se ao objeto de satisfação de outrora. Para entender o semelhante [...] é preciso que ele seja reproduzido nos próprios órgãos, no fígado e rins, como diz a bíblia... vivências do corpo que ocorrem apenas em estado de sofrimento, da dor do anseio. É com a dor que se concebe o outro! É este o juízo que podemos ter da transferência e [...] no analista, ou seja, na contratransferência - [...] de reproduzir dentro de si a dor dos anseios do doente (Delouya, 1999, p. 31).⁵

La experiencia del dolor físico no es la peor forma para estos pacientes. El contacto con sus sentimientos, con la angustia y depresión es no menos doloroso que el dolor físico. Por lo tanto, del físico a lo psíquico hay grand complejidad. En el caso de Lara, el dolor de la emoción es experimentado con intensa depresión. En estos momentos tiende a lastimarse, sentir se triste y enojada: *"pero no es el dolor, también creo que tengo un cansancio que es emocional, hay días que no tengo dolor en parte alguna, pero en estes días al levantarme estoy triste"*.

Lara tiene un contexto de excesos. Todo se reporta como "mucho" en su historia: muchos locos, mucha pobreza, mucha risa, mucha diversión, muchas peleas, muchos abusos. Tiene la imagen de un entorno invasivo, con un exceso de emoción para todos. La madre no puede tratar sus problemas sin pánico, vive a sucumbir al dolor emocional y físico probablemente desde la infancia. La forma encontrada para sobrevivir a los excesos en la acción y la emoción es el habito de contar historias, típico de Lara y del padre. Como dice Lara: su padre *"intentó, pero sucumbió a la locura"*. A pesar de todas las historias contadas por la familia nadie habla de los distintos tipos de acoso. Las "palabras mágicas" peligrosamente fueran abolidas, dando origen a las repeticiones: *"nadie habló... No sé lo que ocurrió en las historias"*. Lo que ocurrió es lo dolor. Pasado todo este, la niña es una sobreviviente, la esperanza vivió en la mente de Lara. La dificultad es quizás aún hoy en día la marca del dolor: Lara entra e y sale de la isla de dolor o, de otra forma tal vez todavía presa en la isla de Dolores.

Depresión, manía, melancolía, dolor físico, todos son historias familiares y con estos ella está identificada desde lo más primitivo. Cabe destacar que Freud (1895) muy temprano en su obra se dedicó a entender la relación entre estos fenómenos – melancolía – manía – dolor. Lara, todavía, cree que puede tratar su dolor físico; aliviar su dolor es su objetivo, o como dice ella, el dolor puede quedarse allí, ella no quiere sentirlo. Sigue intentando evitar la depresión.

Lara es “el marco”⁶ de dolor y esperanza. Aspectos histéricos están presentes, pero su dolor, a veces parece superar y quizás referir se a marcas más tempranas, anteriores a lo olvidado. Son rutas que están marcadas como formas de comunicación – una memoria. El temor a la locura y las marcas que lo denuncian son marcantes en sus recuerdos. Su dolor físico repetitivo e insistente es su forma de expresión de las marcas establecidas en tiempo muy temprano. Nuevos caminos necesitan ser trazados.

Los dolores de Lara aparecen en los síntomas conversivos, pero también en las quejas hipocondríacas y somatizaciones, es decir manifestaciones que centranse más directamente en el cuerpo. Freud, al designar las neurosis mixtas, se refiere a los síntomas que se mezclaban y confundían.

Es difícil saber si en la somatización existe participación de cualquiera representación en el cuerpo, si es algo no reprimido o algo que carece totalmente de símbolos. La existencia del dolor no fácilmente muestra todo lo que ella representa. La forma diferenciada que se comporta la anatomía (Freud, 1893), por ejemplo, parece ser un fenómeno aún poco estudiado. Los temas del psicósoma, sobre la relación entre biología y psicoanálisis, son complejos. Como muestra Dejours (1988), el desajuste entre éstos nunca estuvo presente en el pensamiento freudiano: en 1938 Freud afirmó la importancia que podría tener la articulación de la biología con el psicoanálisis.

El pensamiento psicoanalítico en la actualidad abarca varias posibilidades para entender cómo el psíquico se manifiesta a través del dolor, o, cómo lo que podría ser emocional se transforma en dolor físico. Este es el punto crucial: comprender estas lenguas indirectas del conflicto, o, de lo que todavía no es aun conflicto, y aparece a través del dolor físico. La verdad es que el tema de los trastornos psicósomáticos y de la histeria es polémico en sus relaciones. Como refiere Trillat (1991), el hecho de que la histeria es enigmática para la medicina, tuvo su concepto suprimido y enterrado en el campo de la medicina psicósomática. Por lo tanto, la psicósomática sería, al mismo tiempo, el representante moderno y la tumba de la histeria antigua.

⁶ Expresión que en Portugués significa que alguien típicamente representa algo.

Bibliografías

- Berlinck, M. T. (1999). A dor. Em M. T. Berlinck (org.), *Dor*. São Paulo: Escuta, pp. 7-22. 25
- Conte, B. (2002). *Prazer e dor: o masoquismo e a sexualidade*. Porto Alegre: Criação Humana.
- Dejours, C. (1999). *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 1988.
- Delouya, D. (1999). A dor entre o corpo, seu anseio e a concepção de seu objeto. Em M. T. Berlinck (org.), *Dor*. São Paulo: Escuta, pp. 23-34.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1893). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1895). Proyecto de psicología. In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1895). Manuscrito G. Melancolía. In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 1. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). La represión. In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. In Strachey, J. (1986) *Obras completas* Vol. 20. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Mayer, H. (1989). *Histeria*. Porto Alegre: Artmed, 1989.
- Nasio, J. D. (2008). *A dor física*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Nasio, J. D. *A Histeria: teoria e clínica psicanalítica*. (1991). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Pontalis, J-B. (2005). *Entre o sonho e a dor*. São Paulo, Ideias e Letras.
- Rabenou, C. (1986). *Mère de Douleur*. *Revista Francesa de Psicanálise*, Vol. 50, Nº 2, Paris, PUF. pp. 685-696.
- Trillat, E. (1991). *História da Histeria*. Lugar: Ed. Escuta.