

EL DOLOR Y SU CRONICIDAD EN LA TEORÍA FREUDIANA¹

Hilda M. Vilá González
Departamento de Ciencias Sociales
Universidad de Puerto Rico en Arecibo

A mis maestros y mentores de la Universidad de Puerto Rico. Muy en especial, a la memoria de dos profesoras cuyo legado, tanto al Departamento de Psicología como a los que tuvimos el privilegio de tomar clases con ellas, fue excepcional: la Dra. María Milagros (Millie) López y la Dra. Ilsa Echegaray.

“Desde tres lados amenaza el sufrimiento; desde el cuerpo propio, que, destinado a la ruina y la disolución, no puede prescindir del dolor y la angustia como señales de alarma; desde el mundo exterior, que puede abatir sus furias sobre nosotros con fuerzas hiperpotentes, despiadadas, destructoras; por fin, desde los vínculos con otros seres humanos. Al padecer que viene de esta fuente lo sentimos tal vez más que a cualquier otro; nos inclinamos a verlo como un suplemento en cierto modo superfluo, aunque acaso no sea menos inevitable ni obra de un destino menos fatal que el padecer de otro origen”.

*Sigmund Freud, **El malestar en la cultura***

I. Introducción: Dolores del siglo XXI

Hambre, injusticia, corrupción, tortura, guerra... Vacío, ansiedad, consumo, contaminación, miseria, maltrato familiar, espectáculo, violencias... Son múltiples las circunstancias y los excesos que incitan el dolor en la vida humana, en nuestra cultura del siglo XXI; diversidad de formas en que la especie se dirige hacia su disolución y por las que busca, desesperadamente, cada vez más anestésicos.

En la siguiente reflexión abordaré una manifestación del dolor en el cuerpo que ha sido catalogada de epidémica en las últimas décadas. Estadísticas indican que 1 de cada 5 personas en Occidente sufren de “dolores crónicos” (IASP, 2004). En los Estados Unidos, país donde se comenzó a hablar de la epidemia, se calcula que alrededor de 50 millones de personas sufren de algún tipo de dolor que muchas veces los incapacita y se

¹ La siguiente reflexión fue presentada en el Magno Coloquio: “El psicoanálisis: una experiencia por venir. A los 150 años del legado de Sigmund Freud”, celebrado en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, los días 30 de noviembre, 1 y 2 de diciembre de 2006, y próximamente será publicada en las Actas de Conmemoración de dicho coloquio.

convierte en un *impedimento* para tener una vida “normal”. En Puerto Rico, los dolores musculoesqueléticos representan aproximadamente el 70% de las lesiones reportadas a la Corporación del Fondo del Seguro del Estado (Millán, 2005).

Dentro del discurso médico, la categoría de *dolor crónico* designa aquellos dolores que persisten más allá del proceso de curación, y/o que retornan sin una lesión orgánica que los justifique (Melzack & Wall, 1996). Migrañas, artritis, neuralgias, dolores de espalda, en los músculos, en los huesos, dolores pélvicos, dolores en el miembro fantasma y, el (muy de moda) síndrome de dolor y fatiga llamado *fibromialgia*, todos caen dentro de la categoría de dolores crónicos. Estos dolores se caracterizan por su *invisibilidad* y por su *repetición*. Sus causas no son visibles a la mirada médica y reaparecen tras innumerables intentos por anestésiarlos o calmarlos. Contrario al *dolor agudo*, el *dolor crónico* no cumple con la función de alarma o signo de una lesión en el organismo. Es un dolor inútil, no sirve para nada según la lógica del funcionamiento homeostático de un organismo y podríamos decir que va en contra del principio de supervivencia y adaptación de la especie. Este dolor –calificado de maligno, vicioso e intratable- parece apropiarse de la vida del paciente, mientras éste es arropado por una sensación de desamparo, desesperanza y de *sinsentido* (Melzack & Wall, 1996).

Estos dolores han revolucionado el campo de la medicina, y la definición oficial de dolor. Patrick Wall (2000), reconocido neurofisiólogo y uno de los autores de la Teoría de control de entrada (*Gate control theory of pain*), sostiene que el dolor es una experiencia perceptiva y afectiva que viene determinada por la *historia* del sujeto, y por el *significado* que para él tiene la agresión que lo origina o la situación en que se produce.

Dicho en términos freudianos, la *vivencia* de un dolor siempre es la vivencia del dolor de cada sujeto.

Un siglo después del legado de Freud, el dolor reaparece para cuestionarnos sobre el rumbo de la vida en la cultura, para recordarnos que el cuerpo humano muchas veces expresa y/o simboliza aquello que, como sujetos y como cultura, no queremos ver, saber o escuchar. En términos semánticos, esta “cronicidad” del dolor nos remite tanto a su *crónica* como a su cualidad de *crónico*. Mientras la crónica apunta a un registro en que se escriben o inscriben los sucesos por orden del tiempo, lo crónico consiste en lo que repite en el tiempo como un vicio arraigado o una enfermedad que se ha convertido en habitual (Maldonado, 1996).

Múltiples preguntas surgen de estos planteamientos: ¿Qué de lo humano posibilita la repetición de este dolor que insiste aún cuando la herida no aparece en el organismo? ¿Cómo pensar el cuerpo a partir de este dolor que está “presente” y “ausente” al mismo tiempo? ¿Cómo se relaciona esta epidemia de dolor con el contexto histórico, político y económico donde se desarrolla su trama? ¿Por qué la teoría freudiana permite reflexionar estos enigmas del dolor y su *cronicidad*, esto es, su repetición viciosa en la historia del sujeto y de la cultura?

II. Crónica de la concepción freudiana del dolor

La urgencia y el retorno del dolor fueron para Freud puntas de lanza dirigidas a explorar otros territorios de la condición humana que para la medicina y neurología de finales del siglo XIX resultaban enigmáticos, al igual que ahora. El dolor está en la médula de los descubrimientos sobre la constitución del psiquismo, la dimensión

inconsciente del cuerpo y la vida pulsional. A continuación haré una muy breve crónica de la concepción freudiana del dolor, puntuando aquellos planteamientos que me parecen fundamentales para la *clínica del dolor*.

Desde comienzos de su obra, Freud presenta el dolor como un concepto límite o fronterizo entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre una percepción interna y una externa. El dolor aparece siempre cuestionando esa frontera conceptualmente establecida entre lo corporal y lo anímico. En uno de sus primeros textos, *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*, Freud (1890) nos dice que cuando se formula un juicio sobre el dolor, que por lo general se incluye entre los fenómenos corporales, es preciso tomar en cuenta: “su evidentísima dependencia de condiciones anímicas. 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 evidente injusticia, cualquiera que sea su causa, aún la imaginación, los dolores no dejan de ser menos reales ni menos fuertes” (Freud, 1890, p. 120). Imaginación: invención del psiquismo que conmueve el cuerpo. La posición asumida por Freud ante la “imaginación” del paciente le permitió escuchar por primera vez el “sinsentido” de los dolores.

Uno de los primeros historiales de histeria escrito por Freud para el 1893, fue un caso de lo que podríamos considerar hoy día dolor crónico. La paciente Elisabeth von R. padecía de fuertes dolores en las piernas que durante dos años le impidieron caminar. Fue precisamente en este caso que Freud llegó al procedimiento de la remoción del material patógeno por la palabra: “Poco a poco aprendí a utilizar como brújula ese dolor despertado; cuando ella enmudecía, pero todavía acusaba dolores, yo sabía que no lo

había dicho todo y la instaba a continuar la confesión hasta que el dolor fuera removido por la palabra {*wegsprechen*}” (Freud, 1893, p. 163).

Cuando comienza a preguntarse por los pensamientos que se enlazaban a los dolores de sus pacientes histéricas, Freud fue encontrando los más tristes temores, los más ávidos deseos; sensaciones en el cuerpo como símbolos de lo psíquico (Bicecci, 1992). Fue descubriendo satisfacciones paradójicas, donde se confundían el placer y el displacer. A modo de ilustración, nos dice que cuando oprimía la piel de Elisabeth su rostro cobraba una peculiar expresión: “más de placer que de dolor” (Freud, 1893, p. 153).

Presenciamos entonces un giro epistemológico así como un movimiento de posición subjetiva que fue de la mirada médica a la escucha analítica. Este giro conceptual y clínico poco a poco fue abonando el terreno para el desarrollo de la teoría psicoanalítica y la propuesta ética del psicoanálisis.

En el *Proyecto de psicología*, Freud (1895) introduce la *vivencia de dolor* como una de las dos vivencias primordiales que, a modo de mitos, intentan dar cuenta de los orígenes de la constitución del psiquismo. Nacimiento - desamparo inicial - vivencia de satisfacción – desengaño - vivencia de dolor - memoria. El dolor aparece como la secuela del desengaño sufrido a raíz de la vivencia mítica de satisfacción. Más adelante en sus escritos Freud (1925) sostiene que el dolor es “la genuina reacción frente a la pérdida del objeto”. Objeto de amor supuesto a satisfacer y colmar las necesidades y demandas del sujeto, instaurado a partir de la huella y el deseo dejados por la vivencia de satisfacción.

Desde los inicios de su obra, Freud (1895) compara la vivencia de dolor con un rayo que atraviesa desde el interior del cuerpo hasta las neuronas del recuerdo, esto es, hasta lo inconsciente. Su paso fulminante va a abolir el principio del placer, regulador de la excitación en el aparato psíquico, y encargado de evitar el displacer. El dolor deja como secuela unas *facilitaciones* duraderas, una honda huella mnémica en el psiquismo, y un exceso de excitación o energía, *afecto* que permanecerá desligado, sin representación y que siempre habrá de retornar.

La vivencia de dolor se halla en la entrada del sujeto al lenguaje. El grito ante el dolor es uno de los primeros intentos por hacer pasar la vivencia del cuerpo al lenguaje como una forma de canalizar el exceso, el sufrimiento. El grito es la primera articulación de la demanda del sujeto al otro, e inscribe la primera cadena de recuerdos en la memoria. El hecho de que no todo puede ser puesto en palabras marcará dolorosamente la impotencia del sujeto y su entrada al mundo del lenguaje.

A través de sus casos Freud fue encontrando que la huella dejada por la vivencia de un dolor pasado en el psiquismo puede volverse una excitación interna capaz de desencadenar otro dolor. Un dolor invisible e inconsciente que interroga como un enigma a los que intentan descifrarlo. ¿Cómo pensar esta repetición del dolor? ¿Qué fuerza impulsa el retorno de una vivencia displacentera en la memoria del cuerpo? ¿Qué función cumple este dolor aparentemente inútil?

Compulsión a la repetición, pulsión de muerte, sentimiento de culpa, conciencia moral, superyó, necesidad de castigo, padecimiento, masoquismo, son conceptos que Freud fue desarrollando para dar cuenta de estas y otras preguntas que encontraba en su

camino. Términos que junto a *lo inconsciente* transformaron nuestras nociones de realidad, cuerpo y tiempo.

Freud (1920) puntúa que el paciente se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente, en vez de recordarlo. Esta *compulsión a la repetición* opera como una exigencia que empuja al sujeto hacia la reproducción de escenas afectivas dolorosas e indeseadas, de huellas mnémicas displacenteras. Freud (1920) llama *pulsión de muerte* a esta tendencia contraria al principio del placer, que está encargada de reconducir al ser vivo al estado inerte. Tanto la repetición como la pulsión de muerte contrarían el principio del placer, la homeostasis del organismo, y el principio de adaptación al medio.

Wall (2000) menciona que luego de un trauma doloroso en los animales se observa una conducta de *evitación* de aquellos estímulos o conductas que pueden llevarlos a repetir la vivencia de displacer. Esta conducta del animal responde a un comportamiento instintivo y adaptativo, apunta a la sobrevivencia de la especie. Por el contrario, la descripción de la conducta de los pacientes de dolor crónico no concuerda con esta lógica. Más bien parece tornarse contraria a la supervivencia, ocurre un decaimiento de las fuerzas de vida, que inserta al sujeto en un ciclo vicioso de inmovilidad, debilitación e incapacidad; una fuerza que hala al sujeto hacia la inercia.

¿Por qué es tan fuerte el empuje de la pulsión de muerte? Freud (1923) refiere la resistencia de los pacientes a la curación a un factor *moral*, es decir, a un *sentimiento de culpa* que halla su satisfacción en la enfermedad y no quiere renunciar al castigo del padecer. Esta ganancia de la enfermedad juega un rol fundamental al obstaculizar la sanación o mejoría de los pacientes. Freud llama *necesidad de castigo* a la exteriorización del sentimiento inconsciente de culpa bajo la forma del padecimiento.

Una necesidad contraria al principio del placer, a la conservación de la especie, y que empuja hacia la pulsión de muerte, hacia el dolor. Este sentimiento de culpa actúa de manera silenciosa: “es mudo para el enfermo, no le dice que es culpable; él no se siente culpable, sino enfermo. Sólo se exterioriza en una resistencia a la curación, difícil de reducir” (Freud, 1923, p. 50).

Ahora bien, ¿de qué es culpable el sujeto? Aquí Freud (1924) nos brinda otra puntuación fundamental para la *clínica del dolor*: “la satisfacción de este sentimiento inconsciente de culpa es quizás el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad” (p. 171). El *yo* reacciona con sentimientos de culpa, esto es, la angustia de la conciencia moral, ante la percepción de que no está a la altura de las exigencias que le dirige su ideal, su *superyó*; la instancia heredera de la función paternal y encargado de limitar la pulsión de agresión del sujeto. La angustia frente al *superyó* esfuerza a la *punición*, ya que ante el *superyó* no se puede ocultar la persistencia de los deseos prohibidos (Freud, 1923). Mientras más el sujeto desconozca el deseo que lo mueve hacia la búsqueda del objeto perdido, hacia lo imposible, más su *superyó* pasará la cuenta. Transacción masoquista que intercambia el bienestar del sujeto por la ganancia de la enfermedad. Lógica engañosa en la que el sujeto se halla entrampado y de la cual parece devengar una satisfacción, paradójicamente, dolorosa.

III. Cultura y malestar: Una mirada a la epidemia de dolor

Si, siguiendo a Freud, asumiéramos que el dolor crónico apunta a los regodeos de la pulsión de muerte, a las exigencias del *superyó* y la conciencia moral, ¿qué pensar de una sociedad donde millones de sujetos padecen de estos dolores? ¿Cómo se relaciona

una epidemia de dolor con el contexto político y económico donde surge o se construye?
¿Cómo pensar la similitud entre los síntomas de la epidemia de dolor crónico con los
síntomas de otras epidemias en la historia de la humanidad como la desatada en la Edad
Media con las brujas o el siglo XIX con las histéricas?

En un artículo de enciclopedia escrito para el 1888, Freud comparó la
sintomatología de la epidemia de histeria desatada a finales del siglo XIX con los
síntomas de la epidemia de brujería en la Edad Media. Esta última es para Freud una
manifestación de la histeria, la cual a consecuencia de un *contagio psíquico* se presentó
como epidemia. Trastornos de la sensibilidad, dolores enigmáticos, ataques dramáticos y
sensuales, parálisis... En esta mirada la histeria aparece como uno de los fundamentos
reales de la historia de las posesiones por el demonio y la brujería: “Documentos de esa
época atestiguan que su sintomatología no ha experimentado alteración alguna hasta el
día de hoy” (Freud, 1888, p. 45). A modo de ilustración, en la Edad Media el
descubrimiento de lugares anestésicos y no sangrantes (*stigmata diaboli*) se consideraba
un delito, una prueba convincente de brujería, mientras que en el siglo XIX esto formaba
parte de un síntoma de la histeria a ser explorado –aunque también rechazado por
imaginario- desde la mirada médica.

En su libro *Historia de la histeria*, Chauvelot (2001) ubica a la moral -cristiana y
luego burguesa- y a la represión de la sexualidad en la médula de las epidemias de
brujería y de histeria. En su lectura propone que a través de la brujería, la histeria dio el
poder a los más humildes y humillados, y en consecuencia a las mujeres: la histeria se
convirtió en una segunda fuerza tan poderosa como la fe y la Iglesia, y contra la cual se
abrió una lucha implacable. De este modo, para Chauvelot (2001) es en las relaciones

entre la histeria y el poder donde hay que situar el nudo de la lucha feroz que encendió las hogueras en Occidente.

De manos de la iglesia a manos de la psiquiatría, de la hoguera al asilo, de pecado a enfermedad. En un contexto sumamente diferente de la historia, para finales del siglo XIX, la Europa victoriana estaba arrasada por una epidemia de *histeria*. Era la época de la modernidad, de la explosión del conocimiento en las artes y las ciencias, y de la moral burguesa. Toda la estructura familiar y social, plantea Chauvelot (2001), estaba fundada sobre el papel de la mujer. La “verdadera” mujer era la esposa y la madre, a quienes no debía concernir la cuestión del gozo sexual sino la reproducción. Nuevamente encontramos las exigencias morales y la represión de la sexualidad en el centro de una epidemia, del contagio psíquico.

¿Cómo compara la actual epidemia de dolor crónico con las mencionadas? Uno de los síndromes de dolor crónico que más auge ha tenido en los últimos años es la llamada *fibromialgia*. Se estima que cerca de 10 millones de estadounidenses padecen de este “enigmático” síndrome que se propaga como la pólvora en su mayoría (75%) entre las mujeres. En términos de su sintomatología, la fibromialgia consiste en un dolor musculoesquelético y un trastorno de fatiga. Se caracteriza por los llamados “puntos tiernos” (“*tender points*”), zonas (¿histerógenas?) de la piel muy tiernas entre los músculos, ligamentos y tendones. El toque del punto tierno puede desencadenar muecas, retiradas y un ataque de dolor que se riega por todo el cuerpo (Merskey y Bodguk, 2001). Una caricia puede provocar dolor y dejar a la paciente tiesa, paralizada...

Del *stigmata diaboli* en las brujas a las *zonas histerógenas* en las histéricas a los “*tender points*” en las pacientes de fibromialgia: los estigmas se transforman pero

continúan marcando visible o invisiblemente el dolorido cuerpo humano. De la hoguera, al encierro, a la sofisticación de los fármacos y anestésicos; del discurso de la Iglesia, al Estado, al Capital... En los medios de comunicación podemos ver cómo el dolor se mercadea y la miseria se convierte en espectáculo: en los noticieros, los programas de “primer impacto”, los anuncios de las farmacéuticas, etc. Somos partícipes del “nuevo mundo del dolor” en la medicina: un mundo construido según los códigos del capital y consecuencia de la tecnificación de la cultura de nuestros tiempos. Los costos del dolor crónico a la sociedad estadounidense se estiman en los \$90 billones de dólares. Es costoso sostener a una sociedad adolorida. ¿Cómo pensar esta cantidad creciente de sujetos “incapacitados” para trabajar debido al dolor? ¿Qué revelan, qué resisten, estos cuerpos indóciles a la jornada laboral, impotentes para lograr los ideales del sueño americano?

En la economía mundial la epidemia redundante en grandes ganancias para las industrias médica y farmacéutica; en la economía del psiquismo son grandes ganancias para el superyó. Y mientras más pagos exige o apremia la conciencia moral, más absoluciones y préstamos ofrece el capital. Ante el sinsentido y desamparo del dolor en la cultura, la industria fabrica señuelos: identificaciones y máscaras para dar consistencia y representación a lo que no las tiene; analgésicos para pacificar o sedar el malestar, la sexualidad, los excesos de un cuerpo acechado por la angustia.

Así, por un lado, encontramos la elaboración freudiana que plantea los límites inherentes de la vida en la cultura, de un malestar que queda como saldo de la humanización del animal, y, por otro, asistimos a un momento histórico donde, desesperadamente, se buscan estrategias para erradicar o anestesiar un dolor que mientras

más sometido a cirugías y anestias, más contundentemente regresa a perturbar, a recordarnos nuestra humanidad.

¿Qué nos dice este exceso de dolor sobre la forma en que los lazos sociales son establecidos o disueltos en la actualidad? ¿Qué lugar queda para la palabra del sujeto en el nuevo mundo del dolor? Gallano (2003) sostiene que la conjunción del discurso médico y el capitalismo pone cada vez más al cuerpo como única referencia del individuo. Nos dice la autora: “las palabras en la civilización occidental actual no forjan un discurso que proporcione al sujeto un lugar en el vinculo social” (Gallano, 2003, p. 38). Esto tiene como efecto que los sujetos estén cada vez más desligados de su saber, más enajenados de su deseo. El legado de Freud cobra gran relevancia en este momento no sólo por los conceptos que aporta para acercarnos a los enigmas del dolor y su cronicidad, sino por la propuesta ética que nos lanza al dar voz a ese insistente mal-estar, al abrir un espacio de escucha donde el sujeto pueda asumir responsabilidad por sus síntomas, por la complejidad de su deseo y por sus decisiones en la vida.

*Volver a la memoria del cuerpo
he de volver a mis huesos en duelo
he de escuchar lo que dice mi voz*

Alejandra Pizarnik

*“Gozar el placer, sufrir el dolor, no vivir de ellos,
sería la manifestación de una verdadera madurez humana”...*

Alicia Montesdeoca

Referencias:

- Bicecci, M. (1992). *El cuerpo y el lenguaje*. En N. Braunstein, **La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan**. México, DF: Fundación Mexicana de Psicoanálisis.
- Chauvelot, D. (2001). *Historia de la histeria. Sexo y violencia en lo inconsciente*. Madrid: Editorial Alianza.
- Freud, S. (1888). *Histeria*. Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1890). *Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)*. Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. & Breuer, J. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas, Vol. II. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1895). *Proyecto de psicología*. Obras Completas, Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas, Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1924). *El problema económico del masoquismo*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926 [1925]). *Inhibición, síntoma y angustia*. Obras Completas, Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1930 [1929]). *El malestar en la cultura*. Obras Completas, Vol. XXI. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gallano, C. (Jun, 2003). Psicoanálisis y neurociencias. **Heteridad 2. La odisea lacaniana**. Colombia: Foro del Campo Lacaniano de Medellín.
- International Association for the Study of Pain (IASP). (2004). *Unrelieved pain is a major global healthcare problem*. <http://www.iasp-pain.org>
- Maldonado, C. (1996). *Clave. Diccionario de Uso del Español Actual*. Madrid:

Ediciones SM.

Melzack, R. & Wall, P. (1996). *The Challenge of Pain. A modern medical classic.* London: Penguin Books.

Merskey, H. & Bogduk, N. (1999). *Classification of chronic pain (2nd ed).* Seattle, WA: IASP Press.

Millán, C. (3 Jul, 2005). Epidemia que no se puede controlar. *El Nuevo Día*, p. 6.

Wall, P. (2000). *Pain: The science of suffering.* New York: Columbia University Press.

Weiner, K. (2003). *Pain is an epidemic.* American Academy of Pain Management.
<http://www.aapainmanage.org>