

CUERPO, DOLOR Y LÍMITES

*Mireya Frioni de Ortega**

Gonzalo Varela Viglietti

*“...hacer la experiencia de la
situación límite del dolor y
existir es uno y lo mismo”.*

JASPERS.

Introducción

Nuestra práctica clínica actual nos enfrenta cada vez con más frecuencia a pacientes severamente perturbados ante los cuales nuestras teorías acerca de la neurosis nos resultan insuficientes. Constituyen para nosotros una dificultad pero también un desafío en tanto nos incitan a nuevas indagaciones.

¿Se trata de cambios en la psicopatología? ¿Se ha modificado la población que consulta? ¿Es que nos atrevemos hoy a trabajar con pacientes más graves que antes? ¿Será que nuestro mundo actual tolera mejor la neurosis y provoca un sufrimiento mayor en el ámbito narcisista?

Se trata de preguntas que seguramente podremos ir contestando a medida que avance nuestra comprensión de estos casos difíciles.

Dentro de estos pacientes severamente perturbados existe un grupo -el de los pacientes fronterizos- que ha sido motivo de esfuerzos de investigación intensos y promisorios en las últimas décadas. Sin embargo, no podemos decir aún que nuestra comprensión de esta patología fronteriza haya avanzado tanto como lo ha hecho nuestra comprensión de la neurosis. Se encuentra en desarrollo y los distintos autores jerarquizan distintos aspectos que creen son los de mayor relevancia.

En esa línea se inscribe nuestro interés por un fenómeno que como el dolor se encuentra en el límite entre lo anímico y lo corporal. Se sitúa -pensamos nosotros-

* Gurí 2263, Montevideo 11200.

precisamente en la “**frontera**”: una línea de demarcación, “confines de un Estado” –señala el diccionario de la Real Academia. Es zona de intercambios, une y separa, discrimina y vincula, es límite pero también acceso. Esta zona de frontera es además –como lo ha puesto de relieve M. Mauss– una zona fecunda para la ciencia. Lo citamos de la Editorial de la revista de A.P.U. dedicada a “Fronteras” (9):

“Cuando una ciencia hace progresos no los hace jamás en el sentido de lo concreto, sino en el sentido de lo desconocido. Ahora bien, lo desconocido se encuentra en las fronteras de las ciencias...es generalmente en estos dominios no delimitados que yacen los problemas urgentes... es allí que es necesario penetrar”.

El dolor: en la frontera de lo psíquico y lo corporal

Muy tempranamente Freud se ha planteado este problema del dolor y ya en 1890 en su artículo “Tratamiento psíquico (tratamiento del alma)” (4) se le ve preocupado en torno a esa “acción recíproca” que caracteriza la relación entre lo anímico y lo corporal.

Allí el dolor es tomado en consideración en tanto le permite demostrar su estrecha dependencia de condiciones anímicas.

Cinco años después –probablemente en enero de 1895– y a propósito de la melancolía, Freud volverá sobre el tema del dolor en la última parte del manuscrito G (5). En él define los efectos de la melancolía: “Inhibición psíquica con empobrecimiento pulsional y dolor por ello”. Lo explica del modo siguiente: si el grupo psíquico sufre una pérdida importante de magnitudes de excitación se produce de inmediato un “recogimiento dentro de lo psíquico” que tiene como efecto la succión de fuentes de excitación somática. Las neuronas asociadas deben ceder su excitación lo cual produce dolor. “La soltura de las asociaciones es siempre doliente” (5). Y Freud lo compara a un proceso de “hemorragia interna”, actúa como una herida, y de manera análoga al dolor. Habla en términos de una analogía buscando darnos una imagen. Freud pone en paralelo el dolor de la “hemorragia” psíquica en la melancolía con el dolor corporal.

Pontalis (13) ha señalado que se trata del mismo modelo: choque, concentración de la catexis, etc. el que sirve a Freud para dar cuenta del dolor físico y del dolor psíquico.

No hay allí metáfora ni creación de sentido sino simple analogía, transferencia directa de un registro a otro. Como si con el dolor el cuerpo se transformase en psiquis y la psiquis en cuerpo.

Pero habrá de esperar hasta 1895 -año de la redacción del “Proyecto de psicología” (6)- para encontrarnos con la primera exposición sistemática acerca de este tema. Allí, el tema del dolor es abordado fundamentalmente en dos apartados correspondientes al primer capítulo: el 6 “El Dolor”, y el 12 “La vivencia de dolor”.

El dolor es descrito como ejemplo de un fenómeno que produce el fracaso de los dispositivos -de naturaleza biológica- cuyo fin es apartar las grandes cantidades de estímulo exteriores del sistema nervioso. “El sistema de neuronas tiene la más decidida inclinación a huir del dolor” (6). Y se infiere que el mismo consiste en la **irrupción** de grandes magnitudes de excitación hacia “psi”. Para el dolor no existe ningún impedimento de conducción, “es el más imperioso de todos los procesos” (6), es decir aquel que más que cualquier otro pone en juego la tendencia primaria de evitar todo aumento de tensión. Como se ve, se trata entonces de unas cantidades de orden más elevado que aquellas propias de los estímulos internos.

El dolor deja además como secuela en “psi” unas facilitaciones duraderas, “como traspasadas por el rayo” (6), ellas probablemente cancelen por completo las resistencias de las “barreras-contacto”.

El dolor produce entonces:

- un gran acrecentamiento en las cantidades de excitación que es percibido como displacer.
- una inclinación a la descarga.
- una facilitación entre dicha descarga y una imagen recuerdo del objeto excitador del dolor.

Si la imagen mnémica del objeto vinculado a la experiencia de dolor es de algún modo investida de nuevo desde la percepción se establece un estado que no es de dolor aunque posee con él cierta semejanza. En la reproducción de la vivencia -en el afecto nos dice Freud- no sobreviene dolor sino displacer.

El dolor es una experiencia de ruptura, y podríamos pensar entonces que en él la sensación prima sobre la representación. El displacer, en cambio -más vinculado a la representación- es investimento de un recuerdo.

El dolor consiste entonces en una “perforación”, en una ruptura y posee una **cualidad** particular que permite distinguirlo del displacer, pues es el resultante traumático de la ruptura de las defensas del aparato.

Muchos autores han insistido ya sobre la importancia de distinguir -en el pensamiento freudiano- entre “Schmerz” que significa “dolor” y “*Unlust*”, término utilizado por Freud para referirse al displacer (11) (13).

Para ambos Freud va a proponernos una teoría que destaca los aspectos económicos, pero mientras placer-displacer pueden entenderse en términos de aumento y disminución de cantidades, la vivencia de dolor no puede comprenderse si no es en relación a un cuerpo y a sus límites (11): es necesario un cuerpo y un límite para que haya dolor, pues este implica precisamente para Freud una efracción, una perforación, ruptura de la protección antiestímulo que es perforada en un área circunscrita.

“El dolor es choque -nos dice Pontalis (13)- supone la existencia de límites: límites del cuerpo, límites del yo”, pero implica también -y esto ha sido a menudo pasado por alto- una descarga interna, lo que podría llamarse un “efecto de implosión”.

Se trata entonces de un fenómeno de “ruptura” de límites o barreras provocada por el choque de grandes cantidades de estímulo contra los dispositivos protectores a la que sigue luego una “descarga en el interior del cuerpo de la catexis así acrecentada”.

Este fenómeno de “implosión” o de descarga interna de las magnitudes de excitación acrecentadas ha sido utilizado por Green (10) para sostener que la experiencia de dolor nos reenvía al modelo del **afecto** de una manera más explícita que la experiencia de satisfacción. Pues, si bien es verdad que esta última se acompaña de afecto (descarga por la emotividad y la motricidad), las huellas de la experiencia de dolor hacen explícitamente referencia a una descarga interna y secretoria y Freud ha sostenido siempre que el afecto era el producto de una tal descarga interna.

Pero además, Freud ha señalado que en la vivencia del dolor y desde ese punto de la periferia donde se ha producido la efracción comienzan a afluir excitaciones sobre el aparato psíquico de manera continua. Ello sólo se produce de ordinario cuando las excitaciones provienen del interior del aparato. Estas excitaciones difundiéndose sobre el conjunto del aparato hacen fracasar la distinción habitual entre interior y exterior, lo que ha llevado a Freud a llamar Pseudo-pulsión (*Pseudo-troeb*) (7) a ese dolor que aunque proviniendo del exterior va a comportarse como fuente interna de estímulos de la que además ya no se podrá huir.

La importancia de esta Vivencia de dolor” no parece haberse escapado a Freud, que también en “El Yo y el ello” (8), y refiriéndose a la génesis del yo y a su separación del ello señala:

“La psicofisiología ha dilucidado suficientemente la manera en que el cuerpo propio cobra perfil y resalto desde el mundo de la percepción. También el dolor parece

desempeñar un papel en esto, y **el modo en que a raíz de enfermedades dolorosas uno adquiere nueva noticia de sus órganos es quizás arquetípico del modo en que uno llega en general a la representación de su cuerpo propio****. (8) (subr. nuestro).

Decíamos al principio que el yo-cuerpo experimenta sensaciones de placer y también de dolor. En el “Proyecto” (6) Freud va a oponer la “vivencia de satisfacción” - que todos conocemos mejor pues ha tenido un destino destacado en el pensamiento freudiano- a la “vivencia de dolor” que Freud ha dejado más descuidada en tanto los desarrollos teóricos se centraron privilegiadamente sobre la primera. Esta oposición establecida en el “Proyecto” entre “vivencia de placer” y “vivencia de dolor” ha servido como base para que autores como Pontalis sostengan (13) que la pareja de opuestos no es allí placer-displacer, como cabría esperar sino placer-displacer de un lado -como proceso y principio que regla la experiencia de satisfacción- y dolor por otro. Se trata de un dualismo fundamental como los establecidos por Freud posteriormente “un antagonismo tanto más interesante cuanto se inscribe en el cuerpo, en dos experiencias corporales elementales e irrecusables: la pareja placer-dolor...” (13).

Cuerpo y dolor

Joyce McDougall jerarquiza el dolor como puente privilegiado que asegura el vínculo entre soma y psiquis. Pero “ocurre que la frontera entre dolor físico y dolor psíquico es muy sutil, y tan confusa como los vínculos entre cuerpo erógeno y cuerpo biológico. Así el discurso del dolor oculta siempre una paradoja y una contradicción inherente”. (12)

Si el psicósoma funciona como un todo habrá una correspondencia entre ambos. El dolor físico tendrá su efecto en el psiquismo y viceversa. Pero dicho tránsito puede bloquearse no permitiendo el libre pasaje.

Esto nos recuerda a un adolescente que frente a las pruebas de examen se sentía “fatigado, cansado”, se tiraba en cada sillón con largas horas de sueño, siendo su cuerpo el escenario en el que se despliega algo de naturaleza psíquica. Se trata de fenómenos en esencia narcisistas en tanto la libido de objeto es retirada sobre el cuerpo.

Para Freud el yo deriva en última instancia de sensaciones corporales principalmente aquellas que parten de la superficie del cuerpo (8). Debe haber un cuerpo para que haya psiquis. Pero el sentimiento de identidad con el propio cuerpo no es algo que venga dado de entrada. Pasará mucho tiempo antes de que el niño pueda experimentar su cuerpo como algo propio con la certeza de que cuerpo y psiquis son

uno. Esta unidad cuerpo-psiquis de la que hablamos no siempre se alcanza. En esta misma línea Winnicott (14) ha planteado que la enfermedad psicósomática es el negativo de un positivo en donde lo positivo sería la tendencia a la integración, que tiene como objetivo lograr la unidad de la psiquis y el soma. El sentimiento de la identidad psiquis-soma -la vivencia que el sujeto tiene de su propio cuerpo- el proceso de personalización como lo ha llamado Winnicott, nos hablan además de la relación que el individuo establece con el otro.

Mientras que en el neurótico el síntoma se encuentra en relación con fantasías inconscientes referidas a su anatomía pulsional (cuerpo erógeno) determinando su relación con el mundo externo, el paciente fronterizo parece en cambio capaz de despojarse de esa representación que el yo tiene del cuerpo y que llamamos esquema corporal. Para ella nuestro cuerpo se encuentra separado del mundo exterior por una membrana limitante que es la piel. Sus orificios -cuyo valor erógeno ha señalado Freud- regulan a su vez los intercambios entre un adentro y un afuera definidos de acuerdo con el principio de realidad. En el fronterizo en cambio los límites corporales son difusos, cambiantes, sus contornos de pronto se desvanecen, y la piel parece no poder constituirse en ese límite corporal que constituye, siempre que el desarrollo yoico sea el adecuado. Su yo -podríamos pensar- no se revela como capaz de mantener al paciente dentro de los límites de su piel.

De esta forma lo expresó Dalí:

“Es verdad que, desde que tuve conciencia de las cosas, estuve ausente de mi mismo y me veía obligado a cada instante a comprobar si en realidad estaba en el mundo... Pero yo no tenía contornos. No era nada y a la vez lo era todo...Mi cuerpo, tanto como mi espíritu vivían en lo difuminado y en lo ambiguo, y yo igual existía en los objetos como en los paisajes. Mi espacio psicológico no estaba cristalizado en un cuerpo, sino que por el contrario, se hallaba disperso en un espacio indefinido, suspendido entre el cielo y la tierra...” (2)

El cuerpo, como dice Dalí, puede ablandarse, fusionarse, abandonarse, no ser nada o ser todo. Si decimos que esta piel no puede transformarse en continente del cuerpo es porque el paciente fronterizo nos sitúa frente a un cuerpo del cual se puede salir. Si la piel no puede transformarse en membrana limitante esto va a implicar para el sujeto todo un trastocamiento de lo objetivo y lo subjetivo, del adentro y del afuera. Los intercambios dejan de producirse a través de estas zonas erógenas predestinadas de las que nos habló Freud, y la piel se transforma -como decía Dalí- “en un saco lleno de agujeros, blando y difuminado”.

Pensamos a este cuerpo del fronterizo como un cuerpo pobremente investido y libidinizado. Esto seguramente interfiere en la constitución de ese cuerpo erógeno del que hablábamos, y es consecuente con el menoscabo que sufren a nivel de su sexualidad genital. El fronterizo ¿busca el placer sexual, o busca el contacto, el dolor? ¿Para qué? ¿Qué es lo que espera encontrar en él? ¿Su cuerpo? ¿Un límite? Pensamos que el fronterizo busca el dolor como forma de encontrar ese límite que le permita sentir que habita su cuerpo. Pero esto implica una paradoja pues -como decíamos más arriba- la experiencia del dolor consiste precisamente en la efracción de ese límite que él busca afanosamente. Así, al tiempo que lo crea en el dolor, también lo destruye y perfora. La efracción provocada por el dolor, junto a las características de ese estímulo -Pseudo-pulsión- que aunque externo parece interno, lo llevan a menudo a una “confusión” entre lo interno y lo externo.

La búsqueda del contacto, del dolor, la importancia concedida a la piel ¿tendrán que ver entonces en el fronterizo con el placer sexual?

Nuestro punto de vista nos lleva a jerarquizar su necesidad de experimentar un límite, una frontera, que les permita sentirse vivos.

Igualmente Dalí relata lo siguiente:

¡...y cuántas veces he provocado y sentido la muerte de cerca, desde el tiempo que me arrojaba desde lo alto de un muro o de una escalera para experimentar mi cuerpo, como en un filme al ralentí, con unas sensaciones en mis músculos y en mi carne martirizados pero vivos!...” (2)

Esta importancia concedida a la piel- en estos cuerpos inadecuadamente iniciados en el placer sexual- nos lleva a jerarquizar en ellos la importancia de la experiencia de dolor.

Propondremos ahora que de la misma forma que concedemos al placer sexual un papel fundante en la conformación de ese cuerpo que en el neurótico hemos dado en llamar “cuerpo erógeno”, de la misma forma deberíamos Jerarquizar la experiencia de dolor y de contacto en el paciente fronterizo capaz de proporcionarle un límite por precario que éste sea. Esto le permite organizar -aunque sea en forma precaria- una experiencia del cuerpo, cuyo conocimiento -como lo señalaba Freud- parece provenir de estas experiencias dolorosas. Mucho antes que el psicoanálisis, la psicología se preguntaba ya acerca de cómo caracterizar el dolor ¿sensación o sentimiento? De lo que no cabe duda es de que un dolor que no se percibe no existe, y dicha percepción es directa, se da sin mediación alguna de palabras o representaciones. Se trata de “presentaciones de órgano” (1) que se propagan directamente en todos los niveles de la

psiquis sin necesidad de intermediaciones ni facilitaciones de ningún tipo. Se trata de un fenómeno esencialmente subjetivo, el dolor no comunica, no sale de uno, “el dolor no puede sino gritarse pero ese grito no lo apacigua en nada”. (13)

Bibliografía

1. Ancona, L. “Del sufrimiento al dolor mental: un objeto psicoanalítico”. Rev. de Psicoanál. t 46, No.6. Buenos Aires, Nov-dic. 1989.
2. Dalí, S. “Confesiones inconfesables”. Ed. Bruguera. Barcelona, 1975.
3. Frioni, M.; Varela, G. “El cuerpo del paciente fronterizo”. Presentado en el Ier. Congreso-Encuentro Internacional sobre pacientes severamente perturbados. Buenos Aires. APdeBA, Set. 1992.
4. Freud, S. “Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma)”. 1890. AE I. Buenos Aires.
5. Freud, S., “Manuscrito G”. 1895. A.E. I.
6. “ , “Proyecto...” (1950 [1895]). A.E. I.
7. “ , “La represión” (1915). A.E. XIV.
8. “ , “El yo y el ello” (1923). A.E. XIX.
9. Fronteras. Editorial. Rev. U. de Psicoanál. No. 75, Montevideo, 1992.
10. Green, A. “Le discours vivant”. Le fil rouge. P.U.F. París, 1973.
11. Laplanche, J. “Problématiques: L’angoisse”. Ed. P.U.F. París, 1980.
12. McDougall, J. “Plaidoyer pour une certaine anormalité”. Connaissance de L’inconscient. Ed. Gallimard. París, 1979.
13. Pontalis, J.B. “Entre el sueño y el dolor”. Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 1978.
14. Winnicott, D. “La enfermedad psicosomática y sus aspectos positivos y negativos”. En Rev. U. de Psicoanál. No. 61.