

XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2019.

# **Dolor y trauma: Presentaciones clínicas actuales.**

Quesada, Silvia, Donghi, Alicia Ines, Rodriguez, Rafael Osvaldo y Vazquez, Liliana.

Cita:

Quesada, Silvia, Donghi, Alicia Ines, Rodriguez, Rafael Osvaldo y Vazquez, Liliana (2019). *Dolor y trauma: Presentaciones clínicas actuales. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/493>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/p60>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DOLOR Y TRAUMA: PRESENTACIONES CLÍNICAS ACTUALES

Quesada, Silvia; Donghi, Alicia Ines; Rodriguez, Rafael Osvaldo; Vazquez, Liliana  
Universidad de Buenos Aires. Argentina

## RESUMEN

El presente trabajo es un recorrido centrado en los textos de Freud el Proyecto de una psicología para neurólogos (1895) [1950], Más allá del principio del placer (1920), e Inhibición, Síntoma y Angustia (1926). Allí se rastrean las conceptualizaciones realizadas en torno a la noción de dolor, situando las ideas que permanecen desde el comienzo y las modificaciones a la luz de los nuevos descubrimientos freudianos. La vivencia de dolor queda ubicada como una experiencia, que articulada a la de satisfacción, da origen al aparato mismo y deja como resto el afecto, luego su emergencia está relacionada con un exceso que el aparato no puede tramitar y con una ruptura de los sistemas protectores (barrera de protección antiestímulo). La calificación que Freud realiza del concepto de dolor como pseudo pulsión, permite ubicarlo, también como ésta, como concepto límite. Por último, se esboza la hipótesis de que en ciertas presentaciones clínicas la presencia del dolor y del exceso estaría relacionada con reconstituir la ligadura donde pueda asentarse el principio del placer.

## Palabras clave

Ligadura - Exceso - Dolor - Vivencia

## ABSTRACT

### PAIN AND TRAUMA: CURRENT CLINICAL PRESENTATIONS

The present work it's an analysis centered on the texts of Freud the "Project of a psychology for neurologists" (1895), "Beyond the pleasure principle" (1920), and Inhibition, Symptom and Anguish (1926). There the conceptualizations realized about the notion of pain, locating the ideas that remain from the beginning and the modifications that arise from the Freudian discoveries. The experience of pain is located as an experience, which articulated to satisfaction, gives rise to the psychic apparatus and leaves the rest as affection, then its emergence is related to an excess that the psychic apparatus can not process and with a rupture of the systems protectors (anti-stimulus protection barrier). The qualification that Freud makes of the concept of pain as pseudo drive, allows to locate it, also like this one, as a limiting concept. Finally, we outline the hypothesis that in certain clinical presentations the presence of pain and excess is related to reconstituting the ligature where the pleasure principle can settle.

## Key words

Ligature - Excess - Pain - Experience

Tempranamente en la enseñanza de Freud podemos distinguir un primer ordenamiento del padecimiento en dos grandes grupos, por un lado el gran desarrollo freudiano de las por entonces denominadas psiconeurosis de defensa, y por otro lado lo que ubica con relación a las neurosis actuales. En estas se reconoce una modalidad de padecimiento por ausencia de mecanismo psíquico, una cantidad de naturaleza sexual insiste en el interior del organismo y no halla sosiego ni por la vía de su mudanza en angustia, ni por la vía de la tramitación psíquica. El resultado de este fallo de la defensa es la mudanza de libido sexual insatisfecha en angustia y la proliferación de síntomas somáticos característicos de las neurastenias y las neurosis de angustia. Sabemos que el trabajo de Freud se orientó fundamentalmente en torno a las neurosis de defensa y los mecanismos psíquicos que dan lugar a sus síntomas y su estructura misma, no obstante reconocía que las neurosis de defensa eran la perla que se forma en torno al grano de arena que invade la ostra, ese grano son la neurosis actuales.

Hace cien largos años de aquellos primeros desarrollos y la clínica nos confronta con fenómenos cuyas modalidades de presentación no se articulan fácilmente como formaciones del inconsciente. Toda una lista de padecimientos contemporáneos, en apariencia heterogéneos entre sí, podrían encontrar algún principio de explicación si volvemos sobre estas primeras referencias freudianas.

Si la angustia de las neurosis actuales es sin mecanismo psíquico, ¿es posible hacer pasar sus montos al campo de las representaciones? ¿Hay un monto irreductible que siempre permanece heterogéneo a la representación? Allí cobra valor la noción de angustia que ya aparece en la época de ese contrapunto que establece entre las psiconeurosis y las neurosis actuales, y que reconoce modificaciones a lo largo de la teoría.

¿Cuál es la relación existente entre esta primera teoría de la angustia en Freud y ciertas formas de padecimiento de sujetos que buscan infligirse dolor físico, cortes y marcas corporales, o padecen crisis de pánico? Tal vez y pensando algún modo de diferencia en el caso del terror, no bastaría disponer de esta primera versión de la angustia sino apelar a su última versión, cuando aquella deviene anterior a la represión.

Se trata entonces del caso de pacientes que realizan prácti-

cas tales como cortarse, lacerarse, incluso algunos casos de tatuajes o pircing –como necesidad de producir una marca imborrable- o casos de adicciones en los que el exceso es una condición sine qua non que deja a los sujetos al borde mismo de la muerte. En ocasiones se puede considerar que en estas presentaciones, se trata de un intento de trocar un dolor anímico insoportable por otro físico identificable y más tolerable aunque también de consecuencias catastróficas.

Quisieramos plantear aquí la posibilidad hipotética de que se trate aún de algo mucho más originario: de reproducir con esos actos auto lacerantes la vivencia de dolor. O más aún, procurarse dolor físico para permitir registrar la vivencia y luego edificar sobre ella el principio de placer. Algo en la serie vivencia de dolor-vivencia de placer ha fracasado y es necesario restablecerlo con un intento de intervenir directamente sobre los montos pulsionales.

La existencia humana misma, está estrechamente vinculada al dolor y su

“experiencia”. Quizás de este modo la vivencia de dolor puede devenir “concepto límite”, tal vez mucho más radical que el más familiar, pero no por eso menos complejo concepto de pulsión, si éste hace límite y define el campo del psicoanálisis, aquel delimita el campo de la vida misma. Freud advierte tempranamente la importancia del dolor como fundante de una experiencia originaria, lo nombra pseudo-pulsión, y quizás podríamos aventurarnos a llamarlo proto-pulsión, aquello de lo que la pulsión está hecha o para ser más prudentes, aquello de lo que la pulsión toma su modelo:

*“... 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 pseudo-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, 1914)*

En distintos momentos a lo largo de su obra, Freud se ocupa del problema del dolor; nótese que ya hemos ubicado una complejidad respecto de la problemática que nos ocupa, y es que hablamos de dolor, de experiencia o vivencia de dolor, y de dolor como concepto límite; es en el nudo de esta complejidad donde intentamos bucear

La primera referencia de importancia fundamental, se encuentra en El proyecto de una Psicología para Neurólogos, (1895) [1950] allí presenta un modelo de especulación para la comprensión de los fenómenos psíquicos y el funcionamiento del aparato que es abandonado, y no vuelve a retomar (el modelo neuronal), sin embargo en el texto se encuentran en germen las ideas que Freud seguirá elaborando hasta el final de su obra.

Las otras referencias que describiremos se encuentran en los textos: “Más Allá del Principio del Placer” e “Inhibición, Síntoma y Angustia” de 1920 y 1926 respectivamente.

En el “Proyecto...” Freud ubica la diferencia entre el dolor y la experiencia de dolor.

El modelo excitatorio con el que Freud trabaja en el proyecto no distingue con precisión entre magnitudes de origen orgánico y de origen psíquico, hay una suerte de continuidad entre las excitaciones somáticas y las psíquicas, el mundo en este contexto es un lugar pleno de magnitudes que Freud caracteriza allí como  $Q$ , y el incipiente viviente se orienta respecto de este exterior con un organizado sistema neuronal que modera las cantidades exteriores y funciona con pequeñas porciones de esta denominadas  $Q_n$ , es interesante notar en este punto que la topología clásica exterior-interior tiene aquí un cierto impase frente al hecho de que el incremento de las excitaciones en los órganos del cuerpo pueden ser interpretadas por el aparato neuronal como externas a este.

La función primordial de este aparato neuronal es descargar la excitaciones que a él ingresan (principio de inercia) el primer recurso está ligado a que el primer estrato de las neuronas que permiten el pasaje de excitación, las neuronas  $f$ , no se conectan directamente con las excitaciones externas sino que lo hacen a través de “*aparatos nerviosos terminales*” que hacen las veces de pantalla, alejando la excitación de  $f$ , y aún más de  $y$  (sistema de neuronas que retienen marca preservando vías facilitadas que dan origen a la memoria), y sí, se conectan directamente con los órganos del cuerpo, pero aquí las cantidades son francamente menores que en el exterior. Este modelo de tramitación de cantidades fracasa ante la emergencia del dolor:

El dolor es definido por Freud aquí como aumento hipertrófico de excitación, magnitudes de  $Q$  más elevadas que los estímulos en  $f$ ,

En consecuencia la tendencia misma del aparato a disminuir las tensiones es una tendencia a huir del dolor, y esta tendencia como un motivo compulsivo da lugar a la defensa primaria en el aparato psíquico; antecedente conceptual de la represión.

Hasta aquí las consideraciones que Freud realiza en este trabajo respecto del dolor; luego, páginas más adelante, se ocupa del valor fundante que la marca psíquica de este fenómeno tiene para el aparato, es decir de la vivencia de dolor.

La vivencia de dolor conjuntamente con la vivencia de satisfacción constituyen dos operaciones fundacionales del aparato psíquico, la vivencia de dolor es lógicamente anterior y condición de la de satisfacción. Si la consecuencia de la vivencia de satisfacción es el deseo, esto no es posible sin que antes se haya inscripto la de dolor, esencialmente consiste en el registro simultáneo de unas reacciones del aparato ante el aumento hipertrófico de la tensión.

Freud nos dice que estas dos vivencias dejan como secuela unos restos, *unos motivos compulsivos*. Estos *motivos compulsivos* son: para la vivencia de satisfacción: los estados de deseo

y para la vivencia de dolor: los afectos.

Es curioso que aquí Freud ligue los afectos exclusivamente al *displacer*, esta exclusividad no se mantendrá luego. De todos modos lo más interesante de la secuela de la vivencia de dolor, es la tendencia a la repulsión que queda instalada en el aparato a modo de defensa primaria o represión, es decir que como motivo compulsivo se instala la tendencia a producir la descarga de la investidura de la imagen hostil. Esta defensa primaria es lo que produce las condiciones para la vivencia de satisfacción, es lo que posibilita el pasaje del principio de inercia neuronal, en otros contextos llamado principio de constancia, al principio del placer, fundamental progreso, salto cualitativo y constituyente del psiquismo.

Estas importantes consideraciones que Freud realiza en los manuscritos del proyecto no son publicadas en vida de Freud y por otro lado sabemos que abandona definitivamente el modelo neuronal como modelo de aparato psíquico. Pero también sabemos que algunas referencias son retomadas como es el caso de la vivencia de dolor. El tema es retomado en 1920 en el texto “Más allá del principio del placer”, texto que es de una enorme fecundidad ya que es inaugural del último dualismo pulsional. Todo el psicoanálisis puede ser repensado desde esta nueva perspectiva. Las categorías con que se construye la teoría ya están perfectamente recortadas como perteneciendo al campo del psicoanálisis, el concepto de pulsión se encuentra en el centro del acontecer anímico y va a dar con este texto su último y radical giro teórico al sostener la noción de conflicto soportada en el nuevo y último dualismo pulsional: pulsiones de vida, y pulsiones de muerte.

Es en el capítulo IV de la citada obra donde vuelve a ocuparse del dolor y reaparecen, reelaboradas, algunas ideas expresadas en el Proyecto. Los viejos sistemas neuronales han sido transformados en los sistemas que constituyen la primera tópica freudiana y Freud imagina ahora una unidad mínima de vida, una vacuola viviente, buscando orientarse en el mundo. El mundo (exterior) es un lugar hostil pleno de grandes magnitudes del que el organismo vivo debe protegerse. Aparece en escena el lugar de lo hostil y desde ya sabemos de la relevancia que va a cobrar en la teoría.

Una serie de adaptaciones, producto de las sucesivas transformaciones que el intercambio de excitaciones entre el exterior y la vacuola han realizado hasta saturar en cierto sector la capacidad de transformación, (entiéndase por esto la capacidad de ligar montos de excitación) ha dejado como secuela una superficie protectora que funciona como filtro para las excitaciones externas.

Esta *barrera de protección antiestímulo*, está articulada a una nueva definición del trauma elaborada en este texto que dará lugar a la última formulación en relación a la angustia que nos legara Freud. El trauma se le vuelve interior a la estructura misma del aparato.

Es ahora la irrupción de cantidades hipertróficas de excitación,

que perforan la barrera antiestímulo, esta perforación provoca inundaciones tan grandes de excitación que llega hasta abolir el principio del placer y el aparato se debe abocar a la única tarea de ligar psíquicamente los volúmenes ingresados, aclaremos que esta ligadura es un paso imprescindible para el restablecimiento del principio del placer:

*“...Llamemos **traumáticas** a las excitaciones externas que poseen fuerza suficiente para perforar la protección antiestímulo. Creo que el concepto de trauma pide esta referencia a un apartamiento de los estímulos que de ordinario resulta eficaz. Un suceso como el trauma externo provocará, sin ninguna duda, una perturbación enorme de la economía (betrieb) energética del organismo y pondrá en acción todos los medios de defensa. Pero en un primer momento el principio de placer quedará abolido. Ya no podrá impedirse que el aparato anímico resulte anegado por grandes volúmenes de estímulo; entonces, la tarea planteada es más bien esta otra: dominar el estímulo, ligar psíquicamente los volúmenes de estímulo que penetraron violentamente...”* (Freud, 1920).

Pero con la noción de pulsión estas ideas freudianas se completan, desde ya a partir de Más allá y sobre todo a partir de la noción de pulsión de muerte. Ya no son sólo las “perturbaciones exteriores”, no hay huida posible de aquello que en palabras del propio Freud, *“acicatea indomeñada siempre hacia adelante”* (Freud, 1920)

Esta concepción del trauma que Freud formula, armoniza con la idea que tiene respecto del dolor, la hipótesis freudiana es que el dolor es el efecto de una ruptura de la protección antiestímulo en un área específica y que desde ese lugar de la periferia afluyen al aparato grandes cantidades de manera continua y no morigeradas, (recordamos que la afluencia continua es algo que se registra normalmente respecto de los estímulos provenientes del interior). La respuesta del aparato es recomponer la economía del mismo movilizando investiduras para intentar ligar la ruptura y restablecer la protección, de allí se explica también el carácter paralizante del dolor y el empobrecimiento que conlleva de todas las funciones psíquicas. Las descargas motrices con que en algunas ocasiones se acompaña la situación de dolor corresponden a respuestas reflejas sin la intervención del aparato anímico.

Como última referencia que abordaremos en este trabajo nos referiremos al punto C de la agenda de “inhibición, Síntoma y Angustia”. Muchas cosas se han dicho sobre este texto de Freud, especialmente que no conserva el estilo elegante que solemos encontrar en su escritura, notamos en el texto como el riguroso pensamiento de Freud persigue algunas ideas y encuentra a veces callejones sin salida. No obstante le debemos a este texto la última formulación sobre la teoría de la angustia y la importantísima distinción para la clínica entre angustia traumática y angustia señal –cuyo antecedente es el “apronte

angustiado” de más allá del principio del placer, cuestión de relevancia a la hora de ocuparse de las crisis de pánico. En ellas es imprescindible localizar la disyunción radical existente entre angustia y terror.

Creemos no exagerar si sostenemos que “Inhibición, Síntoma y Angustia es el texto clínico de la segunda tópica en el que revisa la clínica a la luz del nuevo modelo pulsional.

Respecto del dolor ya había quedado establecida su analogía formal y dinámica con el trauma desde *Más allá del Principio del Placer*. Aquí Freud se pregunta acerca de cuando surge frente a la pérdida del objeto, sentimientos de dolor, duelo o angustia. Freud ha desplazado la emergencia de angustia, de la perturbación económica a su condición: la ausencia del objeto madre. Así lo expresa el mismo Freud:

*“La situación en que echa de menos a la madre es para él, a consecuencia de su malentendido, no una situación de peligro, sino traumática o, mejor dicho, es una situación traumática cuando registra en ese momento una necesidad que la madre debe satisfacer; se muda en situación de peligro cuando esa necesidad no es actual” (Freud, 1926)*

Y poco más adelante:

*“El dolor, es por tanto, la genuina reacción frente a la pérdida del objeto; la angustia lo es frente al peligro que esa pérdida conlleva, y en ulterior desplazamiento, al peligro de la pérdida misma del objeto.” (Freud, 1926)*

Freud destaca la curiosidad que el lenguaje haya creado; no sin sentido; el concepto de dolor anímico equiparando los sentimientos que surgen frente a la pérdida del objeto al dolor corporal.

La redistribución de la economía pulsional que se impone frente al dolor concentra las investiduras en torno al órgano afectado produciendo un empobrecimiento de las investiduras en el resto del aparato. No podemos menos que recordar aquí la cita de “Introducción del narcisismo” donde Freud reproduce las palabras de Wilhelm Busch “*Toda el alma del poeta descansa en el hoyo de su molar*” (Freud, 1915)

En el dolor anímico por la pérdida del objeto se produce una sobreinvestidura añorante sobre la imagen del objeto perdido que produce la misma distribución económica que el dolor orgánico y en palabras de Freud;

*“El paso del dolor corporal al dolor anímico corresponde a la mudanza de investidura narcisista en investidura de objeto” (Freud, 1915)*

El tratamiento del dolor; tanto el anímico como el corporal; tiene para Freud dos caminos posibles: la distracción psíquica o la influencia de una droga, es decir: la redistribución de las investiduras en el interior del aparato, o la acción directa sobre la fuente pulsional. La idea de “distracción psíquica” es de una gran fecundidad, sobre todo a partir de desarrollos posfreudianos en particular los de Lacan.

Hasta aquí el relevamiento del concepto de dolor en estos textos de Freud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1895). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia. En J.L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 3). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Contribución a la Historia del Movimiento psicoanalítico. En J.L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1950 [1895]) Proyecto de Psicología. En J.L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 1). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En J.L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. En J.L. Etcheverry (Trad.), Obras completas: Sigmund Freud (1976) (Vol. 20). Buenos Aires: Amorrortu.