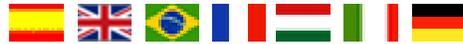


"ELLO DUELE" - DOLOR Y SUFIMIENTO EN FREUD Y GRODDECK.



Lazslo Antonio Ávila

RESUMEN

El dolor físico no ha recibido tanta investigación psicoanalítica como el dolor psíquico. En este artículo revisamos las ideas seminales de Sigmund Freud y Georg Groddeck, usando la descripción original de estos autores, tal como se formula en sus propios textos. Indagaremos en Freud, las hipótesis de la “intención de enfermarse,” de los “beneficios secundarios de las enfermedades”, de la “complacencia somática”, de la “barrera anti-estimulo” y del dolor como “pseudo-pulsión”. De Groddeck, recuperamos las formulaciones del Ello como la matriz de indiferenciación de los procesos somáticos y psíquicos, y su enfoque de los síntomas corporales, tomados como una forma de lenguaje simbólico.

Palabras clave: Dolor físico, Dolor emocional, Psicoanálisis, Psicossomática, Freud, Groddeck.

RESUMO

A dor física não tem recebido tanta investigação psicanalítica quanto a dor psíquica. Neste artigo retomamos as concepções seminais de Sigmund Freud e Georg Groddeck, utilizando a descrição original desses autores, tal como formulada em seus próprios textos. Rastreamos, em Freud, as hipóteses da “intenção de adoecer”, dos “benefícios secundários das doenças”, da “complacência somática”, do “escudo de para-excitações” e da dor enquanto “pseudo-pulsão”. De Groddeck, recuperamos as formulações do Isso como matriz da indiferenciação dos processos somáticos e psíquicos, e sua abordagem aos sintomas corporais, tomados como forma de linguagem simbólica.

Palavras-chave: Dor física, Dor emocional, Psicanálise, Psicossomática, Freud, Groddeck.

ABSTRACT

Physical pain has not received as much psychoanalytic investigation as psychic pain. In this article, we resume the seminal ideas of Sigmund Freud and Georg Groddeck, using the original description of these authors, as formulated in their own texts. We track in Freud, the hypotheses of the “intention of becoming ill,” the “secondary benefits of illnesses”, the “somatic compliance”, the “shield to-stop-excitations” and pain as a “pseudo-instinct”. From Groddeck, we recover the formulations of the It as the matrix of the no-differentiation of somatic and psychic processes, and his approach to bodily symptoms, taken as a form of symbolic language.

Key words: Physical pain, Emotional pain, Psychoanalysis, Psychosomatics, Freud, Groddeck

INTRODUCCIÓN.

El dolor físico es un asunto muy relevante en la vida concreta de cada ser humano, y, sin embargo, no es fácil encontrar muchas investigaciones sobre ello en el campo psicoanalítico, a menos que ellas puedan ser conectadas directamente con el sufrimiento emocional. Pero si el tema del dolor psíquico o dolor mental, tiene una gran acogida en los textos psicoanalíticos, ello es, sin duda, porque se refiere a una de las dimensiones esenciales del funcionamiento psicológico, ampliamente tratados por el propio Freud.

Con Bion, el dolor mental recibió una amplia exploración (Bion, 1975, 1983, 1988, 2004; Fleming, 2008; Joseph, 1992).

En una revisión cuidadosa, aunque no sistemática, de los textos publicados en los últimos años, encontramos una importante publicación del analista Juan David Nasio titulada “El dolor físico” (2008) y, artículos específicos sobre este tema de Shapiro (2003), Fleming (2005) Taylor (2008), Prince (2009), Buechler (2010), Kogan (1990), D’Alvia (1999), Gilman (2011) y Blum (2011), así como los trabajos de carácter más general, de J. McDougall (1987, 1991), D. Winnicott (1982, 2000), M. Balint (1975), C. Dejours (1989), además de las numerosas obras directa o indirectamente vinculadas a la Psicósomática, como las de D. Perestrello (1987) J. Mello (2010), G. Groddeck (1984, 1992), P. Marty (1980), F. Alexander (1950), M. Aisenstein (1994), S. Leclair (1979), entre otras. También hemos revisado los pioneros trabajos de O. Fenichel (1982) y E. Weiss (1934) quienes hicieron importantes contribuciones en esta área.

Aquí, sin embargo, nos centraremos en las fuentes originales del pensamiento psicoanalítico, en los dos autores que representa exactamente aquello que el Psicoanálisis porta como novedad radical en la comprensión de la intrincada relación entre la mente y el cuerpo, entre los dolores del cuerpo y los dolores del alma. Esos autores son Freud y Groddeck. El primero por razones sobradamente conocidas, ya que Freud no solo se limitó a ser el creador del psicoanálisis y el proponente de casi todos los conceptos fundamentales de este enorme campo de conocimiento, sino también porque el maestro de Viena dejó abiertas numerosas vertientes que sus intuiciones señalaban, mientras que él mismo estaba empeñado en la construcción del resto de su edificio conceptual. Y, el segundo porque, aunque Georg Groddeck se mantuvo relativamente marginado dentro del campo psicoanalítico, él representa una de las más creativas y osadas formulaciones de cómo el psicoanálisis puede emplearse también para investigar las enfermedades corporales, las dolencias físicas que hacen a la vida humana tan frágil y tan llena de significados.

MÉTODO

Repasaremos los originales textos de Sigmund Freud y Georg Groddeck, con miras a revisar los siguientes conceptos freudianos: la “intención de padecer” (o “el propósito de enfermarse”), los “beneficios secundarios de las enfermedades”, la “complacencia somática” (o el “sometimiento somático”), la “barrera anti-estimulo” (o “escudo protector”, o “escudo defensivo”) y del dolor como “pseudo-pulsión”. De Groddeck, retomamos las concepciones del Ello, como matriz de indiferenciación de los procesos somáticos y psíquicos, y su aproximación a los síntomas corporales, considerados como una forma de lenguaje simbólico. A través de estas formulaciones pretendemos presentar la forma en que el enfoque psicoanalítico puede contribuir a la comprensión de esta forma particular de sufrimiento que es el dolor físico.

ANÁLISIS

De Freud consideraremos inicialmente su magistral “Fragmentos de un análisis de un caso de histeria” (Freud, 1905), en donde se encuentra descrita la hermosa historia de amor, de deseo y traición que Dora vivió en un doble triángulo entrelazado entre ella, su padre y la pareja de éste, K. Este histórico e importante caso permitió a Freud, como él subraya en la introducción de este trabajo, defender su método de investigación, incluso frente a un público hostil, presentando ampliamente su técnica de la interpretación de los sueños y detallando sus hipótesis acerca de una etiología sexual de la Histeria. Aunque en el psicoanálisis este trabajo fue conocido principalmente por haber sido la primera vez en que Freud comprendió el papel de la Transferencia en el curso del análisis, eso es algo que ha llegado a influir profundamente en la técnica psicoanalítica desde entonces.

Del caso de Dora nos interesa principalmente ciertos pasajes en los que el creador del psicoanálisis analizó los diversos síntomas corporales que Dora presentaba, tratando de entender el significado de los motivos inconscientes en los procesos de la conversión histérica. Freud aprendió muchas cosas con Dora:

- 1) aprendió sobre como las dolencias físicas pueden ser un espléndido disfraz de los deseos inconscientes,
- 2) aprendió como circunstancias fortuitas, algunas de carácter orgánico, pueden crear una “complacencia somática”, que abrirá los caminos para que el cuerpo se convierta en el escenario de los conflictos

psíquicos, y 3) aprendió por último, que el sufrimiento corporal y el sufrimiento psíquico no pueden distinguirse ni separarse de un modo reduccionista, señalándole a los médicos clínicos sin formación analítica, que el Caso de Dora solo puede ser conocido y aliviado si ella es comprendida, es decir, si el sujeto que padece puede ser reconocido como sujeto de su propio sufrimiento.

Dora, como señala Freud, era una aguda observadora. Además de percibir las innumerables maniobras que su padre y la señora K hacían para estar a estar solas, ella lograba comprender la dinámica emocional de la señora K:

Pero también Dora aprendió, observando a la señora K., las cosas útiles que las enfermedades podrían proporcionar. El Señor K. pasaba parte del año viajando. Siempre que volvía encontraba a su esposa con una salud resquebrajada, sin embargo, como Dora sabía, ella había estado perfectamente bien el día anterior. Dora se fue dando cuenta de que la presencia del marido tenía el efecto de hacer que su mujer se enfermara y que a ella le gustaba enfermarse con el fin de escapar de los deberes conyugales que tanto detestaba. (Freud, 1905/1974, p. 36).

Lo que, sin embargo, Dora no percibía y que Freud posteriormente le señaló, es que ella ocupaba exactamente la misma posición simétrica, y enfermaba con síntomas funcionales de faringitis y afonía cuando el Sr. K. viajaba y se restablecía rápidamente cuando él llegaba de sus viajes. Así, esas dos mujeres se alternaban, enfermándose y curándose espontáneamente frente a la presencia del hombre a quien sus afectos se dirigían

Un poco más adelante, Freud prosigue:

Los motivos para llegar a enfermarse muchas veces comienzan a actuar desde la infancia misma. Una niña en su anhelo de amor no quiere compartir el afecto de sus padres con sus hermanos y hermanas, y pronto se da cuenta de que todos los afectos de ellos serán nuevamente dedicados a ella, siempre que despierte en ellos la ansiedad de que ella caiga enferma. Ella descubre un medio para atraer el amor de los padres, y utilizará ese medio tan pronto como tenga a su disposición el material psíquico para producirse una enfermedad. (Freud, 1905/1974, p. 42).

Este aprendizaje del valor de la enfermedad física, es decir, al menos de la expresión física del sufrimiento, será empleado durante toda la vida. Incidentalmente podemos complementar esta formulación freudiana con la investigación empírica actual sobre los pacientes somatizadores, quienes han demostrado de manera inequívoca que el “lenguaje de la enfermedad” se aprende en la infancia, y que todos los casos de la enfermedad prolongada denominada como “Trastorno Somatomorfo”, pueden ser en general relacionados con haber convivido durante la infancia con familiares enfermos, especialmente de enfermedades graves (Lieb et al, 2002; Reid, Whooley, Crayford, Hotopf, 2001).

Freud amplía esta cuestión del uso de la enfermedad, analizando lo que puede ocurrir en la vida adulta de una mujer sexualmente insatisfecha:

En este caso, la enfermedad será su única arma para mantener su posición. La enfermedad conseguirá llamar la atención sobre lo que anhela, obligará a su marido a hacer sacrificios pecuniarios por ella y a demostrarle consideración, como él nunca lo había hecho cuando estaba bien, y lo obligará a tratarla con más solicitud cuando se recupere, pues de lo contrario podría tener una recaída. Su estado enfermizo tendrá toda la apariencia de ser objetivo e involuntario -el propio médico tratante testimoniará de ello- y por esta razón no sentirá ningún tipo de reproches conscientes por hacer uso exitoso de este recurso que había resultado ser eficaz en su infancia. (Ibid)

Aquí Freud está sentando las bases del concepto de “beneficios secundarios de la enfermedad”, que

debería ser objeto de una cuidadosa investigación en cualquier forma de sufrimiento orgánico, ya que ello, por lo general no recibe la atención debida, ni por parte de los médicos, ni de aquellos que rodean a los pacientes cuando una enfermedad orgánica evidente se manifiesta. De ese modo, tanto los profesionales de la salud, como la población leiga, se dejan convencer de que una enfermedad física es de hecho una “entidad nosológica” objetiva, y que los aspectos psicológicos implicados son circunstanciales y fortuitos, y no una parte fundamental y constitutiva del enfermar.

Pero Freud no dejó de considerar esa conexión, y señaló:

Y, sin embargo, las enfermedades de este tipo son el resultado de una intención. Están dirigidas, en general, a una persona en particular y por lo tanto desaparecen cuando esta persona se aleja. (Idem, Ibid).

En una consulta médica estándar, es decir, aquella que se basa únicamente en el modelo anatómico-clínico de enfermedad, estos aspectos subjetivos, o bien no son reconocidos o no se consideran como importantes, ni como fuente de una dolencia, ni para su evolución, ni para los resultados del tratamiento. Pero a un observador cuidadoso como lo era Freud, esto lo llevó a formular claramente que incluso una enfermedad física puede encajar perfectamente en los deseos inconscientes del paciente. A continuación recomendaba a los médicos que indaguen cuidadosamente, utilizando los recursos propios del análisis, si no existen en el paciente razones para enfermarse, sugiriendo que lo hicieran incluso antes de cualquier intervención propiamente médica, como, por ejemplo, la prescripción de medicamentos. Dice Freud, dirigiéndose a los médicos clínicos:

... antes debe realizarse, por los métodos indirectos del análisis, un esfuerzo por convencer al propio paciente de la existencia en él, de una intención de estar enfermo. (...) ¿Cuántas curas milagrosas y desapariciones espontáneas de los síntomas tendríamos, los médicos, si en vez de registrar solo los casos de histeria, atendiéramos con más frecuencia al punto de vista de los intereses humanos que el paciente nos oculta? (Freud, 1905/1974, p. 43)

Aunque aquí Freud estuviese centrado en las cuestiones de los síntomas funcionales de la histeria, sus observaciones también se aplican a aquellos cuadros referidos a las dolencias físicas, a aquellos trastornos formalmente consignados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, y que, sin embargo, también permiten investigar los “beneficios primarios” de la represión y los “beneficios secundarios” de las ganancias indirectas ya sea para alejarse del trabajo, de la vida familiar o, en general, de las complejidades de la existencia.

A medida que explora estas conexiones, Freud señala un motivo mucho más profundo, al cual, por lo general, los médicos no prestan atención:

Los motivos que apoyan al paciente en su enfermedad probablemente se pueden encontrar en todos los casos plenamente desarrollados. Sin embargo, hay algunos en los cuales las razones son puramente internas -tales como el deseo de auto-castigo, esto es, de penitencia y remordimiento. (Ídem, Ibid).

Este punto es importantísimo. El origen etimológico de la palabra “dolor” indica que la palabra griega de la cual originalmente esta expresión se deriva, es decir, su significado inicial era de “pena”, “castigo” y en particular “valor a ser pagado como compensación por un crimen”. Si lingüística e históricamente el significado del dolor estaba relacionado con la idea del castigo, es evidente que esta conexión permanece en el inconsciente y que frente a cualquier dolor experimentado por la persona puede ser atribuido a un sentimiento de culpa, un castigo y una justa sanción. Esta es probablemente la razón más profunda para los comentarios que tan frecuentemente se escuchan de los pacientes que sufren de muchos dolores, tales como: “¿Qué he hecho yo para merecer este sufrimiento?” o “Creo que he pagado todos mis pecados durante esta

enfermedad” e incluso “Dios ya me ha castigado lo suficiente....”.

Sin embargo, esta es una dimensión inconsciente, propiamente psicoanalítica, que rara vez se hace en los hospitales y en otros contextos de salud física, dada la separación cartesiana de los sufrimientos físicos, remitidos a causas naturales, mientras que los dolores psíquicos son considerados en sí mismos, como “incorpóreos”. El dolor, tal vez sea el punto de encuentro más emblemático del cuerpo con la mente. Y su tránsito, de una esfera a la otra, resulta ser una tarea apremiante para que la medicina pueda incorporar los descubrimientos psicoanalíticos.

En el Caso Dora, todavía hay nuevas aportaciones de Freud, como cuando este discute la posibilidad de que ciertos síntomas físicos estuviesen manifestando identificaciones inconscientes:

Un día [Dora] se quejó de un síntoma radicalmente nuevo, que consistía en agudos dolores gástricos. “¿A quién imita ahora?” le pregunté, y vi que había dado en el blanco. El día anterior ella había visitado a sus primas, hijas de una tía que había fallecido. La más joven estaba comprometida y eso fue una motivación suficiente como para enfermarse con dolor de estómago, siendo enviada a Semmering. Dora pensó que todo era envidia por parte de la hermana mayor, pues ella siempre se enfermaba cuando quería algo, y que lo que ella deseaba ahora era estar fuera de la casa para no tener que ver la felicidad de su hermana. (Freud, 1905/1974, p. 36)

Freud retoma el tema de los beneficios secundarios, y ofrece su famoso ejemplo del mendigo, que no admitiría jamás ser tratado de sus heridas, dado que eran ellas precisamente las que le permitían adoptar ese nuevo modo de vida, dependiendo de la caridad pública, y justificar su indolencia y alcoholismo. El hecho de que sus heridas sean “reales” o no, no importa para el análisis. Así, tanto la histeria (ahora denominada como Trastorno Somatoformo, Trastorno Conversivo, y otros nombres en los manuales de clasificación de enfermedades, CIE y DSM, ver Ávila, 2004), como las enfermedades objetivas, pueden igualmente ser investigadas desde el punto de vista de lo que representan subjetivamente para quienes sufren de ellas.

Una última contribución muy importante de Freud en ese artículo es la hipótesis de la “complacencia (o sometimiento) somática”. La que Freud presenta, así:

En este caso, debo recordar la pregunta tan frecuentemente planteada sobre si los síntomas de la histeria son de origen somático o psíquico o, si admitiendo el primer caso, todos ellos son necesariamente determinados psíquicamente. (...) Por lo que yo puedo ver, todos los síntomas histéricos envuelven la participación de ambos lados. Ellos no pueden ocurrir sin la presencia de un cierto grado de complacencia somática ofrecida por algún proceso normal o patológico en los órganos del cuerpo o relacionado con uno de ellos. Ello no puede ocurrir más de una vez -y la capacidad de repetirse es una de las características de un síntoma histérico- a menos que tenga una importancia, un significado psíquico. El síntoma histérico no tiene, por sí mismo, ese significado, más bien tiene el significado que se le presta, adosado a él, por así decir; y en todos estos casos el significado puede ser diferente, según la naturaleza de los pensamientos reprimidos que están luchando por expresarse. (Freud, 1905/1974, p. 38)

Téngase en cuenta, que así formulado, ese concepto se revela muy útil para la indagación sobre los modos a través de los cuales el psiquismo puede expresarse en el “teatro del cuerpo” (una expresión de Joyce McDougall, 1991). El cuerpo puede mostrarse moldeable, maleable, complaciente a la acción del psiquismo. Si hubiese cualquier proceso, orgánico, irritativo, una enfermedad o incluso algo casual, como un hematoma, una fractura, etc., un miembro o un órgano, éste puede adquirir la susceptibilidad de llegar a ser empleado psicológicamente. Si simultáneamente, un proceso inconsciente estuviese luchando por manifestarse en la consciencia, esa unión puede ofrecer la mejor condición posible para que ese proceso sea capaz de atender “a dos señores”, y ser tanto físico como psíquico, corporal como mental. En Dora una faringitis ocasional en la infancia le permitió desarrollar un síntoma de afonía, muy útil a largo de su vida, para comunicar, de forma silenciosa pero más bien expresiva, aspectos importantes de su vida

afectiva. La “complacencia somática” aún no ha alcanzado todavía toda la importancia que ella merece en la investigación médica y psicoanalítica. El mismo Freud dejó esta hipótesis, sin hacer nuevas formulaciones, correspondiéndole a la psicósomática de Franz Alexander y Georg Groddeck, retomar su valor heurístico.

Revisemos ahora otros trabajos de Freud en donde aparece el tema del dolor físico, aislado o combinado con otras formas de sufrimientos de orden psicológico. Una proposición freudiana que permite muchos desarrollos es la del “escudo defensivo” que se levanta para defender al yo de la acumulación de estímulos. Estos pueden ser pulsiones, que provienen del interior del cuerpo, o externas cuando amenazan la sobrevivencia procedente del medio ambiente. Esta concepción fue elaborada a lo largo de varios textos freudianos.

En “Pulsiones y Destinos de Pulsión” se encuentra el siguiente pasaje:

El sistema nervioso es un aparato al que le fue conferida la función de liberarse de los estímulos que le llegan, de reducirlos a un nivel tan bajo como sea posible, y si fuese posible de mantenerlo absolutamente libre de estímulos. Que no nos escandalice por ahora la imprecisión de esta idea, y continuemos. Podemos atribuir al sistema nervioso la tarea -en líneas generales- de lidiar con los estímulos. Apreciamos, entonces cómo la introducción de las pulsiones complica el esquema fisiológico del reflejo. Los estímulos externos imponen al organismo una única tarea, la de sustraerse a ellos. Ello acontece por medio de movimientos musculares, uno de los cuales al final alcanza la meta y se instaura como un movimiento más apropiado, convirtiéndose en una disposición hereditaria. Empero, los estímulos pulsionales que se originan en el interior del organismo no pueden ser eliminados mediante ese mecanismo. Ellos plantean al sistema nervioso exigencias mucho más elevadas, incitándolo a asumir actividades complejas y articuladas entre sí, las cuales, modifican el mundo exterior lo suficiente como para la satisfacción de las fuentes internas del estímulo, y para ello deben intervenir en el mundo externo y alterarlo. Y, además, sobre todo, los impulsos pulsionales obligan al sistema nervioso a renunciar a su propósito ideal de mantener todos los estímulos apartados entre sí, pues los estímulos de naturaleza pulsional prosiguen fluyendo de un modo continuo e inevitable dentro de ellos. (Freud, 1915/2004).

Y, en Más allá del principio de Placer (Freud, 1920/1974, p. 43), él escribe:

La *protección* contra los estímulos es, para los organismos vivos, una función casi más importante que recibirlos. El escudo protector se abastece de sus propias reservas de energía y debe, sobre todo, esforzarse por preservar los modos especiales de transformación de la energía que en él operan respecto de los efectos amenazadores de las enormes energías en acción del mundo externo, efectos que tienden tanto a la nivelación de ellos, y de ese modo, a su destrucción.

Y, además debe atender a la diferencia entre esos estímulos, y los provenientes de las fuentes internas, tales como los dolores corporales:

El displacer específico del sufrimiento físico probablemente se debe a que el escudo protector ha sido traspasado en un área limitada. Se da entonces un flujo continuo de las excitaciones desde una parte relacionada en la periferia hacia la unidad central de la mente, tal como normalmente surgiría sólo desde dentro de la unidad. Y, ¿Cómo esperamos que la mente reaccione ante esa invasión? La energía catéxica es convocada de todos los lados para proporcionar inversiones suficientemente altas de energía en la zona de la rotura. Se establece una ‘contrainversión’ a gran escala, en cuyo beneficio todos los otros sistemas psíquicos se empobrecen, de modo que las funciones psíquicas restantes son en gran parte paralizadas o reducidas. (Freud, 1920/1974, pp. 45-46)

Ese “escudo” es elaborado durante el desarrollo temprano del aparato psíquico, y la madre es en gran parte responsable de su configuración. Una madre suficientemente protectora y acogedora es la matriz inicial

de esa barrera defensiva. Lo que aquí nos importa señalar es que se debe defender el psiquismo del niño de los excesos de estimulación, que podrían inundar el Yo y fracturarlo, y ello refiere tanto a la angustia como a otros procesos psíquicos perturbadores, como son las excitaciones provocadas por los dolores físicos. Por eso, Freud retomará en 1926, en su ensayo *Inhibición, Síntoma y Angustia*, el tema de la relación entre el dolor y el aparato-para excitaciones o “escudo defensivo”:

Sabemos también muy poco sobre el dolor. El único hecho del cual tenemos certeza es que el dolor [físico] ocurre primero y como una cosa normal cada vez que un estímulo que sobreviene en la periferia irrumpe a través de los dispositivos del escudo protector contra los estímulos y comienza a actuar como un estímulo instintivo continuo, contra el cual la acción de los músculos -que en general es efectiva porque aparta el estímulo del punto que está siendo estimulado- es impotente. Si el dolor proviene no de una parte de la piel sino de un órgano interno, la situación es aún la misma. Todo lo que sucede es que una parte de la periferia interna ocupa un lugar de la periferia externa. (Freud, 1926/1974, p. 196)

Finalmente, de Freud debemos recuperar una noción, que aparece en los dos artículos mencionados anteriormente y también en la *Metapsicología*. Se trata de la idea de que el dolor físico actúa como una “pseudo-pulsión”. La Pulsión es el concepto límite del psicoanálisis. Freud decía que su teoría de las pulsiones era su mitología. De hecho, la pulsión es tanto un límite en el sentido de que se encuentra en la frontera entre lo psíquico y lo somático, también es un concepto-límite, en el sentido que la teorización psicoanalítica no alcanza a definirla, al menos no completamente. Freud indica que las tendencias de conservación del psiquismo (el principio de constancia) buscan proteger al psiquismo conduciendo a la descarga de los estímulos externos a través de la acción, y de los estímulos internos a través de la elaboración psíquica. Las pulsiones alcanzan representantes (solo así ellas pueden entrar en la psique), y es a través de esos representantes que la mente puede ir adecuado los objetos a las demandas que las pulsiones generan. Freud señala que las pulsiones representan una exigencia de trabajo para el psiquismo. Ese trabajo es doble, ya sea encontrar representaciones representativas y/o encontrar objetos de satisfacción, o alternativamente, encontrar vías de descarga para la energía pulsional.

“¿Y qué es lo que sería una “pseudo-pulsión”? Sin duda, algo que también representa una demanda de trabajo para la psique y que obliga al psiquismo a operaciones de defensa, ya que se trata de un “estímulo continuo”, y más allá de eso, de un estímulo que implica un riesgo potencial a la vida. El dolor físico, entonces, es una señal de alerta (una señal-angustia), y una fuerza similar a la de las pulsiones, pero que tiene su realidad propia: no tiene un objeto pre-determinado, ni un alivio máximo, y por su carácter continuo e insuperable se muestra capaz de alterar completamente el funcionamiento psíquico. Es un hecho más que reconocido que el dolor se impone a todo funcionamiento mental. Es muy difícil mantener las funciones del pensamiento, de la imaginación, de la fantasía e incluso de los contenidos comunes de la consciencia cuando un fuerte dolor físico se impone al psiquismo. Entonces esa pseudo-pulsión demuestra ser así un desafío a las capacidades de elaboración y de descarga del aparato psíquico, y éste, por temor a la invasión y la posibilidad de sobrecarga excesiva, se convierte en todas las formas posibles de eliminación del dolor, que va desde la acción en el ambiente, a los procesos internos, tales como la Regresión, que es tan evidente en cualquier persona que está sufriendo intensamente, y las operaciones de “anti-catexia” que Freud mencionó. Lo fundamental es proteger al psiquismo de una sobrecarga tal que pudiese llegar a romper sus límites y estructuras.

Freud no nos dejó otras indicaciones de como ampliar ese concepto de pseudo-pulsión y también dejó abierto el tema del dolor físico. Pero, desde el inicio de su correspondencia con Georg Groddeck se preocupó de estimular a éste para que produjese textos que explorasen la aplicación del psicoanálisis al tratamiento de los pacientes con dolencias orgánicas. Groddeck sigue siendo un autor relativamente poco conocido en nuestro medio (D’Epinay, 1988; Ávila, 1998, 2002, 2003, 2011; Santos, 2013), pero fue el pionero de esa expansión del Psicoanálisis, y es hoy en día considerado el “padre de la psicósomática moderna” (Alexander, Eisenstein, & Grotjahn, 1995; Biancoli, 1997; Dimitrijevic, 2008; Roustang, 1987).

Groddeck, en su primera carta dirigida a Freud, datada el 27 de mayo de 1917, declaró:

El psicoanálisis, si he entendido bien, trabaja, en este momento, con la noción de neurosis. Supongo, además, que, para Ud., también, atrás de esa palabra se encuentra la vida humana entera. (...) El Ello, que

se mantiene en misteriosa conexión con la sexualidad, forma tanto la nariz como la mano del ser humano, así como sus pensamientos y sus sentimientos. Se manifiesta tanto en una neumonía o en un cáncer como una neurosis obsesiva o una histeria. Y del mismo modo que la actividad del Ello, que aparece como histeria o neurosis, es objeto de tratamiento psicoanalítico, así también lo será una dolencia cardíaca o un cáncer. En esencia no existen diferencias que nos puedan llevar a aplicar en un lugar y no en el otro, al psicoanálisis.” (Citado en: D’Épinay, 1988, p. 101.)

Freud y Groddeck mantuvieron, a lo largo de 17 años de correspondencia, una relación ambigua, por un lado, tensa, debida a la originalidad y al profundo sentido de independencia de ambos, y, por otro lado, fecunda, donde un epistolario de aproximadamente 80 cartas testimoniaba el interés mutuo y la fertilidad de los autores, a través de una nutrida polinización. Groddeck fue el precursor del Ello freudiano, y eso fue explícitamente declarado por Freud en “El Yo y el Ello”, (Freud, 1923/1974). En esa época la correspondencia entre ambos autores estaba en su auge, y Freud lo convidó a publicar sus ideas a través de la Psychoanalytischer Verlag.

Esa invitación resultó en el principal libro de Groddeck, el extraordinario “El libro del Ello” (Groddeck, 1984), un texto provocativo e impactante. Se trata de un libro escrito en forma de cartas dirigidas a una amiga, pero que se dirigían al propio Freud. En esas cartas el autor, usando el seudónimo de Patrik Troll, va presentando sus ideas, en un flujo al estilo de una asociación libre. La amiga, que en realidad era Freud, respondía, criticando, ampliando, comentando, y Groddeck reescribía, cada nueva carta incorporando las sugerencias de su interlocutor causando una nueva “provocación”. El libro fue publicado en 1921, y varios psicoanalistas, inclusive los del círculo más próximo a Freud, lo criticaron. Groddeck, a pesar de todo, recibió el apoyo de Freud, y ejerció una gran influencia sobre otros diversos psicoanalistas, como Sandor Ferenczi, que fue su paciente en el Sanatorio de Baden-Baden y se hizo amigo, además de Franz Alexander, Michel Balint, Frieda Fromm-Reichman e Ernst Simmel.

Presentemos algunas de sus ideas:

Groddeck considera las enfermedades, fundamentalmente, como una forma de lenguaje. Los síntomas físicos contienen un sentido oculto, simbólico, reprimido. Para él, la producción de las enfermedades sigue básicamente el mismo camino de la creación, que el psicoanálisis describe en cuanto a la construcción del síntoma neurótico. Groddeck propuso que de la misma manera que una persona piensa, siente, actúa, anda, elige, etc., con ese mismo sentido particular, personal, ella también se enferma. Sin embargo, la enfermedad se manifiesta de una forma tal que su propio autor y doliente ignora su sentido: es preciso, por lo tanto, descifrar e interpretar las enfermedades. Es necesario devolver a su portador ese mensaje que él porta, pero que no sabe “leer”. Debemos ayudar al paciente a reconocerse en su producción de enfermedades. Para Groddeck cada enfermedad es una forma de iniciación. Si ella fuese comprendida, si el Ello pudiera ser comprendido, la enfermedad aparecería como una forma de conocimiento y de transformación personal.

Así como el Ello del ser humano, por quien éste es vivido, por medio de determinadas impresiones sensoriales o por determinadas cadenas de pensamientos inconscientes, modifica continuamente la secreción de las enzimas, la distribución sanguínea, la actividad del corazón y, en resumen, toda la vida orgánica de la personalidad. De la misma manera, ese Ello tiene innumerables formas de protegerse contra la amenaza de las intervenciones químicas, mecánicas y bacterianas, del mismo modo, él Ello es capaz de provocar las condiciones que permiten la acción del germen patogénico, cuando una enfermedad le parece conveniente. (Groddeck, 1984, p. 12). Vale la pena destacar en esta frase la expresión “vida orgánica de la personalidad”. Ese es un punto clave, ya que para Groddeck el organismo está siempre incondicionalmente vinculado a la personalidad, la subjetividad de cada individuo. Es fundamental en la concepción groddeckiana la idea de que el Ello precede al ser humano. Cuerpo y alma son apenas las expresiones del Ello que vive en el hombre. Groddeck dijo, en una frase que se hizo famosa: No es el hombre quien vive, él es vivido por el Ello. Cada expresión humana, y no solo la de la enfermedad, sino que todas las expresiones de la vida, trasciende al propio hombre. Es el Ello quien modela el cerebro, quien determina sus pensamientos, quien crea la necesidad de que ellas sean pensadas.

Enfermedad y Salud son asumidos como opuestos. Pero, no lo son, del mismo modo que el frío y el calor no son opuestos. Así como esas dos sensaciones son una expresión de diferentes longitudes de ondas de un mismo radio, la enfermedad y la salud son formas de expresión de una sola vida. La enfermedad no viene desde afuera, no es un enemigo, sino una creación del organismo, del Ello. El Ello -ya sea que lo llamemos fuerza vital, de sí mismo o del propio organismo- ese Ello, del cual no sabemos nada, y del cual solo reconocemos una u otra forma de manifestación, desea expresar alguna cosa en la enfermedad; estar enfermo tiene que tener un sentido. (Groddeck, 1992, p. 97).

Si recordarnos lo que Freud recomendaba en el caso de Dora, o sea, que se investigase atentamente los “motivos para enfermar”, y las “intenciones que los pacientes ocultan a los médicos”, adquiere pleno sentido la observación de Groddeck:

Es deber del médico verificar lo que quiere expresar la incómoda obesidad, con sus riesgos de derrame cerebral, de rigidizar el corazón o la hidropesía, o lo que significa la delgadez o la tuberculosis. Lo inconsciente no habla solamente por medio de los sueños, habla desde el temperamento, del fruncir el ceño, de los latidos del corazón, y habla igualmente en la silenciosa advertencia del ácido úrico, de su forma de susceptibilidad (diátesis), en la irritación del sistema simpático, y de las características del tejido conjuntivo, así como también habla, después de todo, con la insistente voz de la enfermedad. (Groddeck, 1984, p. 25).

CONCLUSIONES

En este trabajo hemos procurado rescatar e iluminar nuevamente las construcciones de dos de los más fecundos teóricos del Psicoanálisis, que nos legaron no solo muchas contribuciones teóricas, relatos clínicos y métodos de trabajo, sino también nos dejaron numerosas sugerencias e intuiciones que permanecen incompletas y abiertas a nuevos desarrollos. Freud y Groddeck continúan vigentes a través del uso que en la actualidad hacemos de sus innumerables formulaciones conceptuales y de las muchas hipótesis que impregnan sus textos. Considero una tarea urgente, no solo de los psicoanalistas y de los médicos, sino de cualquier persona interesada en comprender más profundamente, la mente y el cuerpo interrelacionados, que se reanuden esas indicaciones y que se prosiga en busca de lo que ya somos, pero que aún desconocemos.

REFERENCIAS

- Aisenstein, M. (1994). Da medicina à psicanálise e à psicossomática. *Revista Brasileira de Psicanálise*, Vol. XXVIII, n. 1, 99-110.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*, Nova York: W. Norton.
- Alexander, F., Eisenstein, S., & Grotjahn, M. (Eds.) (1995). *Psychoanalytic pioneers*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Ávila, L.A. (1998). *Isso é Groddeck*. São Paulo: EDUSP.
- Ávila, L.A. (2002). *Doenças do Corpo e Doenças da Alma: Investigação Psicossomática Psicanalítica*. (3a ed.). São Paulo: Escuta.
- Ávila, L.A. (2003). Georg Groddeck: originality and exclusion. *History of Psychiatry*, 14(1), 53, 83-101.
- Ávila, L.A. (2004). *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta.
- Ávila, L.A. (2011). Groddeckian interventions in medical settings. *The American Journal of Psychoanalysis*, 71(3): 278-89.
- Balint, M. (1975). *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Bion, W.R. (1975). *Atenção e Interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W.R. (1983). *Transformações: mudança da aprendizagem ao crescimento*. Rio de Janeiro: Imago.
- Bion, W.R. (1988). *Pensamentos psicanalíticos revisados*. Rio de Janeiro: Imago.

- Bion, W.R. (2004). *Elementos de psicanálise*. 2ª, ed. Rio de Janeiro: Imago.
- Biancoli, R. (1997). Georg Groddeck, the psychoanalyst of symbols. *International Forum of Psychoanalysis*, 6(2), 117-125.
- Blum, H.P. (2011). Masochism: Passionate Pain and Erotized Triumph. *Psychoanalytic Review*, 98, 155-169.
- Breuer, J. & Freud, S. (1974). Estudos sobre a histeria. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 2, pp. 13-363). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893-5).
- Buechler, S. (2010). No pain, no gain?: suffering and the analysis of defense. *Contemporary Psychoanalysis*, 46, 334-354
- D'Alvia, R. (1999). El dolor: una forma particular del afecto. *Revista de Psicoanálisis (Arg.)*, LVI, 3: 635-50.
- Dejours, C. (1989). *Recherche psychanalytique sur le corp*. Paris: Payot.
- D'Épinay, M. L. - Groddeck: a doença como linguagem. Campinas: Papirus, 1988.
- Dimitrijevic, A. (2008). Definition, foundation and meaning of illness: Locating Georg Groddeck in the history of medicine. *The American Journal of Psychoanalysis*, 68(2), 139-147.
- Fenichel, O. (1982). *The Psychoanalytical Theory of Neurosis*. 3 vol. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fleming, M. (2005). Towards a model on mental pain and psychic suffering. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 13: 255-72.
- Fleming, M. (2008). On mental pain: From Freud to Bion. *International Journal of Psychoanalysis*, 17: 27-36.
- Freud, S. (1974b). Pulsões e destinos da Pulsão. In: S. Freud, *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Escritos sobre a Psicologia do Inconsciente, volume 1) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1974c). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 18, pp. 17-85). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (1974d). O Ego e o Id. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 19, pp. 13-363). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1974e). Inibições, sintomas e ansiedade. In: S. Freud, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. (Vol. 20, pp. 107-198). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Gilman, S.L. (2011). Seeing Bodies in Pain: From Hippocrates to Freud. *International Journal of Psychoanalysis*, 92: 661-674.
- Groddeck, G. (1984). *Livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva.
- Groddeck, G. (1992). *Estudos psicanalíticos sobre Psicossomática*. São Paulo: Perspectiva.
- Joseph, B. (1981). Toward the experiencing of psychic pain; in J. S. Grotstein (Ed). *Do I dare disturb the universe?: a memorial to Wilfred R. Bion*. (pp 94-102). Beverly Hills, Caesura Press.
- Leclaire, S. (1979). *O Corpo erógeno*. Rio de Janeiro: Fonfon.
- Lieb, R.; Zimmermann, P.; Friis, R.H.; Höffler, M; Tholen, S.; Wittchen, H.U. (2002). The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *European Psychiatry*, 17(6), 321-31.
- Marty, P. (1980). *L'Ordre Psychosomatique*. Paris: Payot.
- McDougall, J. (1987). Um corpo para dois. *Boletim Científico da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro*, Vol. 1, n. 2, 8-33.
- McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mello Filho, J. (Editor) (2010). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, (originalmente publicado em 1992).

- Nasio, J.D. (2008). A dor física. Rio de Janeiro: Zahar.
- Perestrello, D. (1987). Trabalhos Escolhidos. São Paulo: Atheneu.
- Prince, R. (2009). The Self in Pain: The Paradox of Testimony. The American Journal of Psychoanalysis, 69, 279-290.
- Reid, S.; Whooley, D.; Crayford, T.; Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms - GP's attitudes towards their cause and management; Family Practice, 18(5): 519-23. Roustang, F. (1987). Um destino tão funesto. Rio de Janeiro: Taurus.
- Santos, L.N. (2013). A Doença como manifestação da vida: Georg Groddeck e um novo modelo de cuidado em saúde. Curitiba: Appris.
- Shapiro, B. (2003). Building bridges between body and mind: The analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. International Journal of Psychoanalysis, 84: 547-61 Taylor, G.J. (2008). The Challenge of Chronic Pain: A Psychoanalytic Approach. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 36, 49-68.
- Weiss, E. (1934). Bodily pain and mental pain. International Journal of Psychoanalysis, 15, 1-13.
- Winnicott, D.W. (1982). La enfermedad psico-somática en sus aspectos positivos y negativos. Revista Uruguaya Psicoanálisis, 61: 11-22.
- Winnicott, D.W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In: D.W. Winnicott, Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas. (pp. 332-334). Rio de Janeiro Imago. View publication

Volver a Bibliografía Georg Groddeck
Volver a Newsletter 4-ex-58