

Affectio Societatis Nº 12. Colombia. Departamento de Psicoanálisis | Universidad de Antioquia.

EL SUJETO Y LA EXPERIENCIA DE DOLOR

Juan Giussi

Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

RESUMEN

En *El Malestar en la Cultura*, S. Freud afirma que el sufrimiento acecha al ser humano desde tres fuentes: los lazos con el prójimo, la relación con la naturaleza y el vínculo con el propio cuerpo. Si nos detenemos a pensar en este último punto, acaso el dolor se nos presente como la experiencia paradigmática que ilustra la relación con el propio cuerpo como fuente de malestar.

El contexto de realización del presente trabajo involucra la participación de su autor en un equipo interdisciplinario perteneciente a un hospital público que atiende pacientes que padecen enfermedades orgánicas graves. Su objetivo es abordar la problemática del dolor, acontecimiento central en la vida cotidiana de dichos pacientes, como experiencia subjetiva.

Esto supone poner en tensión la concepción biomédica tradicional del dolor (que lo reduce a una mera sensación derivada mecánicamente de una lesión orgánica) con desarrollos basados en disciplinas varias, que conceptualizan el dolor como percepción compleja anclada en variables subjetivas, culturales y sociales.

A estos fines se discuten las concepciones biomédicas que abordan el dolor como mero epifenómeno de lo orgánico, acorde con la reducción del cuerpo a la dimensión de organismo biológico. Someramente, dichas concepciones tratan el dolor como un simple suceso bioquímico, basándose en los supuestos mecanicistas de la medicina tradicional moderna.

Como contrapartida, se trabajan referencias bibliográficas provenientes de diversas disciplinas que cuestionan dicha concepción mecanicista, heredera de la partición cartesiana entre cuerpo y espíritu, considerando especialmente algunos aportes provenientes del psicoanálisis, que permiten pensar la articulación entre dolor, sujeto, cuerpo y demanda.

El dolor y la angustia constituyen experiencias fundamentales de la existencia humana, que involucran al cuerpo de manera radical, y establecen relaciones complejas entre sí. Así, la referencia al dolor físico impresiona en algunos pacientes como una manera de darle una forma nombrable a su malestar.

El dolor es sin duda algo que se percibe bajo modalidades de relación con el cuerpo que son propios de cada sujeto, de allí la preservación de una cierta marca de intimidad "de cada quien con su dolor"; pero el propio dolor entra a la vez en un circuito de relaciones intersubjetivas, donde se plasman demandas de diversa índole. Se dirige al otro, al médico por caso, como un pedido de alivio.

Pero los sujetos establecen con su dolor relaciones que no siempre resultan tan lineales, de allí que el dolor pueda cobrar valores disímiles, y jugar en las relaciones con los otros de modos variados. Desde "aguantarse el dolor", hasta "hacerse el que le duele" (el dolor como demanda al Otro, tal como atestigua con frecuencia la queja somática en los niños). Incluso que alguien llegue a "querer (y pedir) que le duela un poco".

La situación de enfermedad grave y la experiencia de dolor colocan al sujeto en una posición de radical dependencia del otro, actualizando la estructura de la situación original bajo la que venimos al mundo. Se intenta demostrar que todo intento de abordaje interdisciplinario del dolor nos instala indefectiblemente en el terreno de la

subjetividad, más allá de los impasses del organismo.

"(...) que una patología esté ligada o no a una causalidad orgánica, es la cuestión del sujeto lo que está en juego para el psicoanálisis. Aún cuando una patología orgánica priva de ciertos medios, se trata de estar atentos a los que se manifiesta del lado del sujeto, la elección que puede operar el sujeto más allá de los impasses de su organismo" F. Ansermet, Medicina y psicoanálisis en interfase, (en revista Quarto, nº 59. ECF (1996))

PALABRAS CLAVE: sujeto-cuerpo-dolor-demanda

Introducción

En *El Malestar en la Cultura*, S. Freud sostiene que el sufrimiento acecha al ser humano desde tres grandes fuentes: los lazos con el prójimo, la relación con la naturaleza, y el vínculo con el propio cuerpo, condenado a la decadencia, la enfermedad y la finitud. Si nos detenemos a pensar en este último punto, acaso el dolor se nos presente como la experiencia paradigmática que ilustra la relación con el propio cuerpo como fuente de malestar.

Para algunos pacientes aquejados de enfermedades somáticas, el dolor puede convertirse en un fenómeno central de su existencia, hasta el punto de ocupar buena parte de su pensamiento, e incidir poderosamente en las acciones y decisiones de su vida cotidiana. "No pienso en otra cosa, no me preocupa nada más", "lo único que pido es no tener dolor", "este dolor es la muerte". Relatos cotidianos, repetidos en boca de pacientes aquejados de dolor sostenido e intenso, que ponen de manifiesto el carácter omnipresente del dolor en el plano de las representaciones y los afectos de un sujeto. (1)

Privando del movimiento, restando autonomía, transformando los días y las noches en una tortuosa espera de alivio, el dolor implica la irrupción de un elemento heterogéneo a nuestra percepción habitual del cuerpo. Tal como reza una célebre definición de la salud como "silencio de los órganos", la enfermedad y el dolor ponen de manifiesto una dimensión de nuestro organismo de la que habitualmente no tenemos conciencia.

Un dolor sin sujeto

El libro de D. Morris "La cultura del dolor" constituye una crítica a la concepción biomédica como posición dominante en nuestra cultura respecto del tratamiento y abordaje del dolor. Someramente, dicha concepción aborda el dolor como un suceso bioquímico, "la transmisión particularmente compleja de una señal nerviosa desde un tejido dañado hasta el cerebro", explicación basada en los supuestos mecanicistas de la medicina tradicional moderna. Así, "se entiende el dolor por analogía, casi, con los ruidos y toses de un motor descompuesto." (MORRIS, 1991) En este marco el dolor es concebido como:

- una sensación
- resultado de una lesión
- pasible de una medida objetiva, cuantitativa

Si bien Morris sostiene la existencia de un incipiente cambio de enfoque en las conceptualizaciones contemporáneas sobre la materia, alerta sobre la coexistencia paradójica de los mayores avances científicos en el campo de la bioquímica y fisiología del dolor con aquello que denomina "una verdadera epidemia de dolor crónico en el mundo, una crisis inmensa en el centro de la vida contemporánea" (MORRIS, 1991)

Otra consideración que realiza respecto del abordaje dominante del dolor en la actualidad, en concordancia con una percepción habitual de nuestra clínica hospitalaria, es la subestimación y sub-atención del dolor; no nos estamos refiriendo en este caso a la falta de un abordaje multidimensional e interdisciplinario del dolor, que creemos la modalidad más apropiada de tratamiento, sino a la simple falta de

medidas farmacológicas adecuadas para su control.

Así, en términos generales, el dolor es considerado por la medicina, a lo sumo, como señal diagnóstica de una enfermedad, y sólo secundaria y marginalmente como un padecimiento subjetivo.

La presencia del dolor grave en ausencia de todo estímulo somático, y la no poco frecuente falta de correlación entre la magnitud de la lesión y el dolor referido por los pacientes constituyen algunos de los muchos eventos clínicos de los que se vale el análisis de Morris. Su posición, lejos de desconocer la participación de factores orgánicos en la causación del dolor, señala que la concepción tradicional soslaya la incidencia de variables subjetivas y culturales, imprescindibles para su correcta apreciación.

En palabras del autor "el dolor es sin dudas el resultado de un proceso bioquímico. Pero los senderos nerviosos (...) no cuentan el relato completo. El dolor es también una experiencia subjetiva, quizás un arquetipo de la subjetividad, que sentimos sólo en la soledad de nuestra mente individual. Está siempre saturado con la impronta visible o invisible de culturas humanas específicas (...) los significados personales y culturales que fundamos en el dolor" (MORRIS, 1991:15)

Otra de las características destacables del tratamiento biomédico del dolor es el llamado "Mito de los dos dolores", efecto de la partición cartesiana entre mente y cuerpo, que divide el dolor en orgánico y psíquico. Se alude al primero como "el verdadero dolor, el dolor real", y se lo concibe despojado de toda marca subjetiva, mientras que el segundo aparece emparentado con la angustia y la tristeza.

De modo que creemos muy pertinente, Morris se pregunta si puede adscribirse un afecto tan particularmente encarnado como la angustia sólo al ámbito de lo psíquico, sin referencia al cuerpo"¿(...)Se puede interpretar esa angustia, un sufrimiento tan vívidamente encarnado, sólo y mejor como dolor mental?" (MORRIS, 1991:10)

Del mismo modo, como sabemos, el más somático de los dolores puede acompañarse de una amplia producción de sentido por parte de un sujeto. Pensemos en el relato de un paciente, que refiere su enfermedad y su dolor como castigos por "no haberse manejado bien en su vida". ¿No forma parte acaso esa elaboración de la forma subjetiva en que se experimenta, y como tal de la experiencia de dolor?

Lo que parece estar en juego en las palabras de Morris es la crítica al tratamiento de la relación entre mente y cuerpo como compartimentos estancos. El psicoanálisis responde a este problema, por su parte, a través de la idea de una afectación recíproca (FREUD, 1890:116)

Sólo agregaremos, para terminar este apartado, que el énfasis puesto por el autor en la relación entre dolor y significado representa, creemos, una introducción del sujeto en el abordaje del dolor.

El sujeto en la experiencia de dolor

Constituye una observación frecuente en la clínica: puede constatarse la irrupción del dolor en directa relación con acontecimientos de la vida de un sujeto. En un auténtico trabajo subjetivo, algunos pacientes elevan ese entramado de acontecimientos (la muerte de un ser querido, una separación de pareja, la pérdida de un trabajo) al estatuto de una verdadera teoría causal sobre el origen de su dolor y su enfermedad, más allá de los datos pretendidamente objetivos de la lesión de órgano.

Allí podemos situar un rasgo fundamental del dolor, el tratarse de una experiencia que impone cierta exigencia de interpretación al sujeto que lo padece

¿Qué significa estar enfermo?, ¿qué significa el dolor? Preguntas que sólo pueden articularse desde la singularidad de cada sujeto, y que cobran sentido, ya sea en función de las repercusiones que acarrea para alguien en su vida ("algo que impide moverse", "la imposibilidad de trabajar"), ya de su posible "explicación" ("un descuido", "un castigo por una falta cometida") ya de su posible incidencia en las relaciones intersubjetivas (aquello que permite el reconocimiento o la atención del otro, por ejemplo)

El dolor y la angustia constituyen experiencias fundamentales de la existencia humana, que involucran al cuerpo de manera radical, y establecen relaciones complejas entre sí.

Así, la referencia al dolor impresiona en algunos pacientes como una manera de darle una forma nombrable a su malestar. Para Arturo, por ejemplo, aquejado de un cáncer en estadio terminal, el relato de un dolor descrito como persistente, insoportable, repetido noche a noche y sin referencias a un componente cenestésico, parecía circunscribir un territorio en que la palabra dolor se tornaba una forma de nombrar su angustia.

Sólo tenemos testimonio del dolor del otro a partir del lenguaje (2), pero hay algo en el dolor que resiste al lenguaje, que lo excede. De este modo, la experiencia de dolor retiene siempre un carácter irremediabilmente íntimo, no completamente socializable. Cada uno está siempre "un poco solo" en su dolor.

Más allá de la particularidad del caso, el ejemplo recién citado nos permite reparar en la paradójica relación entre dolor, cuerpo y lenguaje.

Esto tiene incidencias en la práctica. Así, una de las premisas del abordaje paliativo del dolor es que "al paciente le duele lo que dice que le duele" (JASCHECK, 2009:23). No existe, al modo de la Medicina tradicional, un clivaje entre el dolor referido por el paciente y el dolor supuestamente real (clivaje que con frecuencia arroja el llamado dolor psicógeno al campo de la simulación bajo la idea de que al paciente "no le puede doler tanto") Esto nos introduce en un terreno de fundamental importancia para el psicoanálisis, el de la demanda en su relación con el cuerpo.

Cuerpo, Dolor, Demanda

El psicoanálisis introduce una distinción fundamental entre organismo (en tanto real biológico) y cuerpo. No se nace con un cuerpo, se llega a tener un cuerpo a partir de un proceso psíquico, una construcción que va más allá de los datos del organismo. El cuerpo llega a constituirse como tal, una unidad en que nos reconocemos y que es fuente de placer y de dolor, a partir de una serie de intercambios con el cuerpo y la palabra del Otro (de modo paradigmático, la madre). Dentro de este proceso el concepto de demanda cobra una importancia fundamental.

La demanda (concepto complejísimo y multifacético dentro de la teoría psicoanalítica) toma forma a través de la palabra y entra en relación con el cuerpo de modos particulares.

Se nace prematuro, inacabado, incapaz de bastarse por sí mismo para sobrevivir. El apaciguamiento de las necesidades está de entrada bajo la dependencia del auxilio del Otro. Así, cuando el bebé llora, la madre interpreta ese grito que parte de una necesidad del organismo como la demanda de un sujeto. Es al interpretarlo con sus significantes que lo transforma en una demanda ("tiene hambre, tiene frío", etc.). De esta operación siempre queda un resto, puesto que (a diferencia del orden animal) para los humanos no hay un objeto que colme por completo, adecuadamente. Siempre la definición de "qué satisfecería a alguien" resulta equívoca, siempre "parece ser otra cosa". En ese resto Lacan sitúa el concepto de deseo. Demanda y deseo permanecerán entonces como dos campos diferentes de la existencia de un sujeto, que funcionan de modo articulado.

Nos interesa subrayar que a través de este proceso el cuerpo empieza a funcionar en una dimensión que no es la de la mera necesidad. Así, una serie de funciones que parten inicialmente del organismo (la alimentación, el control de esfínteres, el dolor) entran en un intercambio con el Otro que está desde el primer momento apresado por el lenguaje, y marcado por percepciones de placer y displacer; nos referimos de este modo a lo que el psicoanálisis refiere como erogenización del cuerpo. "La demanda al Otro y la demanda del Otro van recortando lugares corporales cuya particularidad será la de ser erotizados." (SILVESTRE, 2)

¿Cómo articular estos desarrollos con el problema de la relación terapéutica entre médico y paciente?

En una conferencia llamada "Psicoanálisis y medicina" Lacan ubica el registro de la demanda del paciente como la condición que permitiría la supervivencia de la posición propiamente médica. Es entonces en la dimensión de la demanda del paciente, y considerando su distancia siempre presente con el deseo, donde se ejercerá estrictamente la función médica. De este modo, "Cuando cualquiera, nuestro mejor amigo, sea hombre o mujer, nos pide algo, esto no es para nada idéntico, e incluso a veces es diametralmente a aquello que desea" (LACAN, 1966: 92)

La medicina reducida a ejercicio de una técnica elimina el registro erógeno del cuerpo y excluye la consideración de la variable subjetiva; la concepción del cuerpo mecanicista, el cuerpo sin sujeto, hace del dolor, como vimos al comienzo de nuestro trabajo, un dolor sin sujeto.

Retomando lo ya trabajado, el dolor es sin duda algo que se percibe bajo modalidades de relación con el cuerpo que son propios de cada sujeto, de allí, como vimos, la preservación de una cierta marca de intimidad "de cada quien con su dolor"; pero el propio dolor entra a la vez en un circuito de relaciones intersubjetivas, donde se plasman demandas de diversa índole. Se dirige al otro, al médico por caso, como un pedido de alivio.

Pero los sujetos establecen con su dolor relaciones que no siempre resultan tan lineales, de allí que el dolor pueda cobrar valores disímiles, y jugar en las relaciones con los otros de modos variados. Desde "aguantarse el dolor", hasta "hacerse el que le duele" (el dolor como demanda al Otro, tal como atestigua con frecuencia la queja somática en los niños, por ejemplo). Incluso que alguien llegue a "querer (y pedir) que le duela un poco".

Así, para Cora, aquejada de intensas crisis de dolor, la formulación de la demanda hacia el equipo tratante se iniciaba de un modo tan parecido al escuchado repetidamente en la consulta, que bien podría haber pasado desapercibido: "sáquenme el dolor...", para agregar, casi con un hilo de voz, "...pero no todo". ¿Qué podía querer decir ese enigmático complemento de frase en el contexto de un pedido de alivio tan habitual?

Interrogada por la psicóloga, Cora desplegará la historia de la muerte de Lina, su hija adolescente, ocurrida hacía ya muchos años. El mutismo de Lina (afectada de un cáncer de laringe) conjugado con intensos episodios de dolor, permanecían en su memoria como la marca de los últimos tiempos de la enfermedad de su hija. "Ella no hablaba, nunca supe qué le pasaba, pero cuánto debe haber padecido". Para concluir, "con un poco de dolor estoy cerca de mi hija". Así, el enigmático "pero no todo" de la demanda original cobraba acaso para Cora el valor del "poco de dolor" con el que transcurría el duelo por su hija.

La situación de enfermedad grave y la experiencia de dolor colocan al sujeto en una posición de radical dependencia del otro, actualizando la estructura de la situación original bajo la que venimos al mundo. Todo abordaje interdisciplinario del dolor nos instalará indefectiblemente en el terreno del sujeto (volviendo al epígrafe de nuestro trabajo) "más allá de los impasses del organismo".

NOTAS

1. En términos freudianos, la enfermedad orgánica y el dolor inducen una retracción de la atención y el interés libidinal sobre el propio cuerpo. Así, Freud cita a Wilhelm Busch, acerca del poeta aquejado de dolor de muelas: "en la estrecha cavidad de su muela se recluye su alma toda" Ver Introducción al Narcisismo, Amorrortu Tomo XI(1914), pag 78

2. Es preciso reparar en que aún la gestualidad del dolor, el dolor que no se acompaña de palabras por parte del paciente, es también captado a partir del lenguaje, debido a que está sujeto a una interpretación de quien se hace destinatario del mismo (de allí la referencia habitual a "lo gestual" como un lenguaje)

BIBLIOGRAFÍA

- ANSERMET, F. (1996) "Medicina y psicoanálisis en interfase", en revista Quarto, nº 59. ECF
- LACAN, J. (1966) "Psicoanálisis y medicina", en Intervenciones y Textos 1. Manantial
- JASCHEK C, (2009) "Dolor", en Revista MEDPAL-Interdisciplina y Domicilio nº 1.
- FREUD S. (1914) "Introducción al Narcisismo" en Obras Completas Amorrortu Tomo XI
- FREUD S. (1890) "Tratamiento psíquico, tratamiento del alma" en Obras Completas, Amorrortu Tomo I
- FREUD S. (1926) "Inhibición, síntoma y angustia". "Addenda", apartado "Angustia, dolor y duelo" en Obras Completas, Amorrortu
- FREUD S. (1930) "El malestar en la cultura" en Obras Completas, Amorrortu Tomo XXI
- MORRIS, D. (1991) "La cultura del Dolor". Editorial Andrés Bello
- SILVESTRE, D. "La apropiación del cuerpo", inédito

¿QUE HAY ENTRE LA IDEALIZACIÓN Y LA SUBLIMACIÓN? LAS IMPLICACIONES DE UN CONCEPTO EN LA PRAXIS Y TEORÍAS PSICOANALÍTICAS

Willian Pereira da Silva

RESUMEN

Este trabajo muestra los principales hallazgos obtenidos en una corriente investigación de maestría en la que analizamos el concepto de sublimación desde un punto de vista ético, teniendo en cuenta el planteo original del psicoanálisis en la consideración de un sujeto. Así, el concepto de sublimación es esencial para entendermos el movimiento en la clínica psicoanalítica, en su imbricación teoría y praxis. La sublimación nos señala una dimensión de lo singular que, antes de se oponer, se anuda a lo universal. Por qué son valorizados los productos de la sublimación? En qué ámbito ubicar este aprecio por la obra de arte, por ejemplo? Estas son unas de las preguntas que nos instigan. De hecho, la cuestión es amplia y tiene su cuna en la clínica, ya que de ahí notamos el movimiento desde una impotencia hacia una imposibilidad. Cuestión con todo un alcance en la cultura, mientras nos enseña la diferencia fundamental que hay entre la fijación involucrada en la idealización y la movilidad que nos ofrece la sublimación, la cual es siempre una deriva y implica creación. Metodologicamente, nuestro trabajo se orienta por la investigación, tal cual se da con frecuencia en psicoanálisis, buscando no apartar los elementos clínicos de la teoría. Además, buscamos analizar el concepto de sublimación, cuestionando sus fundamentos, evidenciando la inconsistencia que lo caracteriza, a fin de le conferir una nueva forma - aunque confrontando los diversos aspectos elegidos en la concepción del término, incluso con otros campos ajenos al psicoanálisis (estética, filosofía) -, mirarlo bajo otra perspectiva.. Así también se constituyo el esfuerzo de Freud, ya que la investigación, en psicoanálisis, implica el empeño del investigador (la teoría adviene de una clínica, punto de origen de nuestro estudio) y, por consecuencia, hay una remodulación en la teorización, la cual refleja el propio movimiento de la clínica. Lo inédito de cada caso de la clínica es así un correlato de lo singular que se muestra en el proceso de sublimación, por el cual la creación de un individuo logra conquistar espacio en el campo del Otro, entablando lazos sociales otros, sin que, por ello, uno se niegue a si propio, su singularidad, o ignore la dimensión de un imposible. Los horizontes a que nos conducen esta investigación nos permiten trazar los aspectos éticos de la experiencia clínica, en psicoanálisis, y que orientan su praxis. Así, por medio del análisis y del estudio de un concepto en el campo psicoanalítico, logramos dilucidar lo