

EL SOFRIMENT DEL DOLOR: ELS ESTUDIS INTERCULTURALS SOBRE EL DOLOR I LA CRISI DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

MIQUEL PORTA i SERRA
Metge. Barcelona.

A Jesús M. de Miguel,
Catedràtic de Sociologia

I. Introducció

La mesura quantitativa de la *prevalença* del dolor en una societat, sembla que va més enllà de les possibilitats de la ciència. Malgrat alguns intents,¹⁻³ cap mesura epidemiològica no pretén integrar la notable diversitat de fenòmens que resumim amb el mot «dolor».

Tanmateix, aquesta tasca sembla prou apropiada per a l'antropologia, la medicina, la psicologia, l'epidemiologia i d'altres disciplines; ningú no gosaria dir que és fora de l'àmbit de la seva disciplina contestar preguntes com ara aquestes: un determinat grau d'insult tissular és *sentit* diferent per individus que viuen en cultures diferents, o bé aquests individus *responen* diferent a la mateixa sensació? Quina és la relació entre una determinada expressió de dolor i les alteracions fisiològiques induïdes per l'estímul? La gent d'una societat viu una existència més dolorosa que la gent d'una altra societat distant en l'espai o en el temps? Com hem d'interpretar els models que les persones utilitzem per a explicar el sofriment?; i encara: el dolor d'una comunitat està relacionat amb... i aquí podríem esmentar moltes variables.

El dolor està (o segons Illich, estava) estretament relacionat amb altres afliccions que els homes i les dones podem patir: desconsol, preocupació, culpabilitat, angonya, por, fam, invalidesa, sentit de pecat, malestar... Però –com veurem– aquesta relació ha canviat.⁴

Marc biològic

Considerant estrictament l'aspecte clínic, ens adonem que el mot «dolor» és utilitzat en in comptables situacions mèdiques. Per esmentar-ne algunes: mal de cap, mal d'esquena, mal de coll, menstruació, artritis crònica, neoplàsies, còlics, dolor isquèmic, rampes musculars, dolor associat a les relacions sexuals, a traumatismes, a intervencions quirúrgiques, a procediments diagnòstics, etc.

Hi ha poques malalties que no tinguin les seves fases doloroses, i el dolor ocupa un lloc destacat entre totes les experiències sensorials per les quals els humans jutgen l'existència de les malalties. També els individus sans tenen dolors que són part de la seva experiència diària, «dolors normals que se'n van tan obscurament com arriben».⁵

De fet, quan parlem de «dolor», ens referim a un conjunt complex de sensacions que tenen en comú el que Wyke anomenà «una experiència emocional desagradable».⁶ Aristòtil considerava el dolor com una emoció *oposada al plaer*. Però malgrat el que puguin tenir en comú, les experiències de dolor es diferencien en molts aspectes: l'origen, la qualitat, la intensitat, la persistència, el pronòstic i el significat, en són només alguns. També els mitjans amb els quals la biomedicina tracta el dolor són actualment molt diferents, segons el mecanisme fisiopatològic sobre el qual el metge decideix actuar.⁷ Fields i Levine han assenyalat cinc possibles mecanismes pels quals el dolor pot disminuir després d'un tractament; la taula I els resumeix.

La complexitat de l'anàlisi del dolor pot ésser deguda al seu excepcional *status axiològic i epistemològic*: el dolor difumina la diferència entre organisme i entorn, entre estimul i resposta; li manca la distància entre causa i experiència que es troba en altres formes de sofriment; no obstant la incapacitat de comunicar el dolor corporal, la percepció d'aquest en una altra persona és quelcom fonamentalment humana, com ho és la certesa que hom comparteix l'experiència dolorosa.⁸ Més que una exploració ambiental, que és funció dels òrgans sensorials, la funció biològica del dolor és iniciar un comportament per a la supervivència. Per això, els factors psicològics tenen un paper determinant en el comportament dolorós. I encara que en alguns tipus de dolor les explicacions fisiològiques són les més rellevants, altres dolors són entesos i descrits millor en el llenguatge psicològic.⁹

És important considerar no sols l'impacte *cognoscitiu i afectiu* del dolor, i la resposta del comportament a la sensació de dolor,¹⁰⁻¹¹ sinó també la *percepció* de la sensació que és mediatitzada per les funcions psicològiques superiors.¹²

TAULA I. *Cinc possibles mecanismes pels quals el dolor pot disminuir després d'un tractament*

* Per disminució espontània (no per influència del tractament sinó per la mateixa història natural).

* Per supressió de l'agent causal (per exemple, el dolor toràcic en una angina de pit, el dolor en l'abdomen agut, el mal de cap d'un tumor cerebral).

* Per inactivació dels receptors o per bloqueig directe de la transmissió nerviosa (per exemple, l'administració intratecal de morfina i meperidina provoca analgèsia, que es relaciona amb els receptors opiacis que tenen els terminals aferents primaris del nociceptors; els anestèsics locals bloquegen els nervis perifèrics; l'aspirina i d'altres antiinflamatoris no esteroïdals impedeixen l'activació dels receptors perifèrics; lesions quirúrgiques de la columna anterolateral de la medulla espinal).

* Per activació directa d'un sistema analgèsic intrínsec (estimulació elèctrica d'àrees de la substància grisa periaqueductal i de l'hipotàlem basal, administració d'opiacis exògens i d'agonistes de la serotonina); i

* Activació fisiològica d'un sistema analgèsic intrínsec (possiblement els placebos, l'stress, teràpies conductistes, estimulació cutània, aprenentatge cultural, etc.).⁷

Abans d'entrar en l'anàlisi cultural del dolor, és important tenir el marc biològic com a punt de referència. Aleshores podem apreciar que l'experiència dolorosa depèn de diversos factors: la naturalesa i la intensitat dels estímuls, la dotació genètica, el nivell d'ansietat i d'atenció, la interpretació i la cultura de cada subjecte... L'experiència resultant representa una única experiència humana anomenada sofriment.¹³

II. Sentit personal, significat social i malaltia

Les cultures difereixen en els relats lingüístics i en les classificacions del dolor. Així, l'experiència dolorosa experimenta diferents classificacions cognoscitives, a les quals es poden lligar les respostes culturals del dolor, incloent-hi les pràctiques mèdiques. Els tipus i graus d'imprecisió en els contrastos semàntics no poden ésser ignorats en les comparacions entre cultures.

Diller¹⁴ estudià un sistema extens i representatiu, el Thai, que té quinze mots per a descriure el dolor; l'autor discuteix relacions de contrast taxonòmic i seqüencial amb altres llengües. Distingeix les següents representacions lingüístiques del dolor: primari (crític i gemecs), secundari (interjeccions específiques de dolor com «ouch» en anglès, o «ai-yoou» en xinès), terciari («un dolor terrible») i quaternari («augmentos globals d'estímuls a través de canals cutanis i propioceptius»).

És possible associar descripcions lingüístiques amb mesures clíniques quantitatives utilitzant eines com el qüestionari del dolor de Melzack McGill, escales analògiques visuals, etc.

Cal tenir en compte el grau en què les «etiquetes» o designacions lèxiques en cada llenguatge anomenen el que els oradors consideren percepcions i sentiments diferenciats i ben formats. Les diferenciacions lèxiques del dolor poden no correspondre's amb les distincions fisiològiques o psicològiques. Seria un error interpretar la proliferació lèxica dels termes de dolor només com un reflex de diferències en l'experiència de dolor. Quan hi ha diferències en la percepció del dolor, hi poden haver processos semàntics més enllà de simples distincions quantitatives o qualitatives (qüestions de subjectivitat i de focus; el doble paper cognoscitiu del pacient com a experimentador i observador-informador; limitacions generals en determinades llengües).

L'expressió lingüística afecta les interconnexions entre la dimensió més cognoscitiva i la més afectiva de l'experiència de dolor. Les diferències de llenguatge en la comunicació del dolor poden ésser en part un efecte, però en part també una *causa* de les diferències modulades culturalment en la *percepció* del dolor, ja que el llenguatge pot exercir una poderosa influència en l'atenció conscient, i probablement també en aspectes semiconsients i inconscients de les habilitats cognoscitives de la nostra espècie per a trobar significat a les coses.

El problema del llenguatge mèdic

Good ha argumentat que cal una nova comprensió de la relació entre el llenguatge mèdic i la malaltia.¹⁵ La semàntica mèdica –la teoria de com es constitueix el sentit del llenguatge mèdic– no ha d'ésser reduïda a la funció ostensiva o anomenadora del llenguatge. El significat d'una categoria de malaltia és una «síndrome» de paraules, sentiments i experiències que «van junts», no solament lligats a una reali-

tat natural, sinó també associats a través d'una xarxa de significats i interaccions socials en una societat (per exemple, negociar un alleujament per al malalt, articular l'experiència de l'stress social).

Les malalties no es constitueixen com a entitats naturals sinó com a realitats socials i històriques. El sofriment d'una persona és un «fet mèdic» i un «fet sòcio-històric» alhora. La malaltia és producte de la relació de la persona amb el seu entorn social i cultural; la malaltia pot ésser una resposta a l'stress social o als esdeveniments de la vida, i es configura en part per la naturalesa de les «etiquetes» o designacions culturals aplicades a la condició de la persona.

Contràriament al que ell proposa, Good troba que *designació* i *classificació* són les funcions primàries del llenguatge que predominen; sembla que el significat només sigui la relació entre les categories de classificació i les malalties que designen. Això s'assembla a la *diagnosi*, vista com el lligam del pacient a una categoria de malaltia mitjançant la interpretació dels símptomes. La suposició que el diagnòstic està simplement «basat en» la *síntomatologia mèdica* és etnocèntrica.

Good argumenta a favor d'una teoria del llenguatge mèdic que ens ajudi a entendre el procés pel qual el llenguatge i la comunicació estan efectivament lligats amb els *sentiments* i la *fisiologia*, a entendre el «camí simbòlic de paraules, sentiments, valors, expectacions, creences i altres que connecten formes i esdeveniments culturals amb processos afectius i fisiològics» (Kleinman), i a entendre els següents aspectes de la comunicació mèdica:

1. Els camins que relacionen l'àmbit simbòlic amb l'afectiu i el fisiològic.
2. El paper del llenguatge en la relació entre l'experiència social i la malaltia.
3. L'ús estratègic del llenguatge de la malaltia en una gran varietat d'ambients.
4. Com els canvis en el llenguatge mèdic són originats per canvis socials més amplis.

Per Good, la malaltia fóra una complexa xarxa de contextos socials, personals i orgànics, «des de la societat fins a la cèl·lula».

Illich també apunta el problema del llenguatge. A la majoria de les llengües, el terme agafat pels doctors (és a dir, «dolor») cobreix aflicció, pena, angoixa, vergonya i culpabilitat. Si el concepte de dolor corporal ha sofert una evolució en l'ús mèdic, no es pot comprendre simplement pel significat canviant d'un sol terme.¹⁶

Kotarba¹⁷ ha apuntat que la recepta de la medicina cosmopolita per al dolor crònic és «aprendre a viure amb ell», minimitzar el seu impacte negatiu en les obligacions ordinàries. Però l'estratègia d'un individu per a *afrontar-lo* (tal com ho il·lustra l'ús de recursos cognoscitius subministrats per creences transcendents) és configurada pel grau en què ell o ella accepta la inevitabilitat del sofriment. Kotarba analitza diversos sistemes de creences religioses, filosòfiques i místiques com a recursos per a trobar significat, suport emocional i força espiritual. Apunta que pacients amb dolors crònics que refusen la *inevitabilitat* del seu sofriment tendeixen a tenir un *status* sòcio-econòmic més alt.

Els intents de *suïcidi* relacionats amb el dolor podrien no ésser el resultat d'una manca total de significat sinó una elecció raonable per part d'aquells que adopten el significat mèdic de la inevitabilitat o periodicitat del dolor. L'habilitat per a controlar les tendències desmoralitzadores o depressives està directament relacionada amb el significat del sofriment; això no vol dir que l'ús de recursos per a trobar sentit al dolor sigui suficient per a *afrontar-lo* amb èxit.

El model clínic hermenèutic

En un escrit més recent, Good i Good¹⁸ semblen fer un pas endavant en la defensa d'un model hermenèutic. Proposen un «enfocament centrat en el significat» per entendre la pràctica clínica; aquest enfocament reconeix totes les realitats de la malaltia com a fonamentalment *semàntiques*, i totes les transaccions clíniques com a fonamentalment hermenèutiques o *interpretatives*. Critiquen el «reduccionisme descarat» del model empíric de raonament clínic. Si les patologies varien profundament en llur expressió psicodinàmica, fenomenològica i de comportament, i en llur gravetat i duració, la suposició que la variació cultural és essencialment epifenomenal és injustificada. La malaltia esdevé una experiència humana només si és apreheua, interpretada, avaluada i comunicada. Els autors subministren un exemple d'un pacient que sofreix un dolor d'esquena continu i il·lustren la utilitat del model hermenèutic cultural per a tractar amb problemes que sorgeixen en la pràctica clínica diària; el cas també mostra la xarxa semàntica del dolor d'esquena en la medicina americana.¹⁹

La reconceptualització de la relació entre «processos bioquímics i dades clíniques de la malaltia» (tal com Engel suggereix que cal fer-la),²⁰ ha de començar amb una anàlisi apropiada de la malaltia com una estructura de significat. La reformulació filosòfica i teòrica de la teoria mèdica és necessària però no suficient; ha d'ésser traduïda a *nous models clínics* i a formes de tractament.

Crida l'atenció en els escrits dels Good el tipus de problemes i de símptomes als quals es refereixen: hipocondria, somatització, depressions atípiques i emmascarades, dolors crònics,²¹ problemes familiars derivats del deteriorament físic o psicològic d'un membre, crisis vitals agudes, mala adaptació crònica, abús del paper de malalt, conflictes en la negociació del nom de la malaltia²²... Sembla que aquesta és una mostra esbiaixada de les malalties, els símptomes i els conflictes més freqüents en les nostres societats.

III. Estudis interculturals de la resposta al dolor

Fins a la darrereria dels anys seixanta, pocs treballs d'antropologia tractaven de la resposta al dolor. Wolff i Langley²³ han fet una bona revisió d'alguns treballs en els quals diversos investigadors especialitzats en l'aplicació de tècniques experimentals d'inducció de dolor investiguen el possible efecte de factors *ètnics o culturals* en la resposta al dolor.²⁴⁻²⁹

La conclusió de Wolff i Langley és que els factors culturals, en termes d'*actitud*, sí que influeixen en la percepció del dolor en diferents grups culturals. Tanmateix, els resultats d'altres estudis no són concloents des d'un punt de vista etnocultural: «Cap d'aquests estudis no permet una conclusió definitiva sobre si existeixen o no diferències bàsiques en la resposta al dolor en grups ètnics».³⁰

Zborowski, al Bronx

L'estudi sens dubte més citat en la literatura sobre la influència de bagatges ètnics o culturals de l'experiència de dolor és el de Mark Zborowski³¹⁻³².

Encara que altres han argumentat que els seus descobriments tenen implicacions més profundes, les qüestions que ell intenta contestar són bastant simples:

quins són els components culturals de les respostes al dolor? Com s'experimenta el dolor en diferents grups culturals? La seva recerca al Bronx de Nova York mostra que els pacients varien sistemàticament en el comportament relacionat amb el dolor: en la seva expressió del dolor, en les seves *queixes* en diversos ambients, en les seves preocupacions sobre el significat del dolor i en la seva *resposta* a les estratègies terapèutiques.

Zborowski trobà que els italians tendeixen a demanar alleujament del dolor immediatament per qualsevol mitjà, com ara fàrmacs, i que estaven contents quan el dolor era alleujat. Mentre que els jueus també reclamaven alleujament al dolor, es mostraven escèptics i suspicaces sobre el futur i tendien a continuar queixant-se àdhuc després que el dolor començava a disminuir. En conclougué que els italians estaven pel *present* i davant el dolor demostraven aprehensió sobre el present. Els jueus miraven el *futur* i davant el dolor presentaven ansietat de cara al futur. Els «vells americans» miraven també el *futur* però, a diferència dels jueus, tendien a ésser *optimistes*. Davant el dolor els «vells americans» tendeixen a apartar-se socialment, mentre que tant els jueus com els italians prefereixen la companyia dels seus parents. L'autor extragué dues conclusions: 1) «Reaccions similars al dolor manifestades per membres de diferents grups etnoculturals no reflecteixen necessàriament actituds similars envers el dolor»; 2) «Patrons de reacció similars quant a les seves manifestacions, poden tenir diferents *funcions* en cultures diferents». ³⁴ La principal preocupació de Zborowski era analitzar els trets que en cada cultura contribueixen als models observats.

Trobo dues altres observacions interessants en l'esplèndida revisió de Wolff i Langley (publicada el 1968, un any abans que Zborowski publicués el seu article). La primera és –amb les seves mateixes paraules– que «queda sense resposta la qüestió de si hi ha o no diferències bàsiques entre grups etnoculturals en la resposta al dolor»; malgrat això, reconeixen que «hi ha evidència experimental que *factors actitudinals* afecten la resposta al dolor en grups culturals». ³⁵ El 1975 un dels estudiants de Landy conclougué que material més recent «no suggereix cap contradicció o rectificació a les conclusions de Wolff i Langley». ³⁶

El segon punt interessant és la hipòtesi que «la resposta al dolor en un grup cultural donat és similar, amb indiferència de la malaltia subjacent» i que, per tant, «s'hauria de considerar el context més ampli de les actituds culturals envers la malaltia i la salut». ³⁷

Encara que no hi ha gaires dubtes sobre l'encert d'aquest comentari, no és clar que sorgeixi dels estudis revisats fins ara. De fet, com els autors diuen, molts dels estudis experimentals sofreixen «d'ingenuïtat antropològica», mentre que a la recerca antropològica «li manca control experimental del dolor». Més endavant resumiren les principals fallades d'aquests estudis.

Altres estudis ètnics i contextuals

Altres estudis ètnics inclouen l'estudi de Christopherson ³⁸ a l'Arizona del Sud, amb els anomenats mexicans americans, angloamericans i indis papago. Malauradament, l'article de Christopherson no diu gran cosa sobre els mètodes de recerca ni sobre els resultats, excepte que «hi havia diferències significatives en la resposta al dolor en els tres grups considerats entre ells». Com Streltzer, ³⁹ l'autor destaca la importància del paper de *la infermera* en l'assistència al pacient amb dolor, i inclou el comentari següent fet per una de les infermeres de l'hospital dels indis papago a

Sells, Arizona: «Hem après per experiència que quan un papago es queixa de dolor o demana medicaments, aquests requeriments han de rebre atenció immediata, ja que normalment la persona passa uns moments difícils».

Altres estudis indiquen que en algunes situacions la resposta al dany tissular transcendeix els patrons culturals i és determinada per la situació o el context. Una observació comuna durant la segona guerra mundial era la valentia dels soldats que sofrien ferides greus: com a contrast, tendien a respondre emocionalment davant la perspectiva de les injeccions diàries d'antibiòtics.⁴⁰

Beecher estudià els soldats ferits en un hospital en zona de combat i els comparà a civils que havien sofert intervencions quirúrgiques. Trobà grans diferències en la resposta a danys tissulars comparables i les atribuï al significat de la ferida: els soldats sentien les seves ferides com una benedicció que els permetia fugir del camp de batalla amb honor. Els civils, en canvi, sentien la seva ferida com una calamitat: estaven abaltits i invàlids.

Mentre que només una cinquena part dels civils postoperats refusava medicació per a alleujar el dolor, dues terceres parts dels soldats ferits refusaven la medicació.⁴¹

Menges⁴² estudià 55 pacients amb dolor crònic d'esquena, tots els quals havien estat operats almenys una vegada de prolapse del disc intervertebral sense èxit i als quals, en conseqüència, se'ls aplicava rizotomia percutània parcial. Distingia tres tipus de pacients crònics segons la predominança d'un dels aspectes següents: 1) *l'aspecte somàtic* (en aquests pacients el problema del dolor involucrat no hauria d'ésser excessivament «psicologitzat»); 2) *l'aspecte depressiu* (el dolor emmascara la depressió; sovint algunes formes de tractament mèdic han desencadenat els símptomes de dolor; l'ajuda psicològica és de gran importància, la intervenció quirúrgica pot ésser perillosa; si un problema vital insoluble es descobreix, l'autor suggereix «permetre al pacient tenir el seu mal» com a única via d'evasió); 3) *l'aspecte de rol* (el mal serveix per a justificar el comportament; els símptomes sovint han anat precedits per una llarga història de complicacions; el mal és incorporat dins un esquema de problemes complex; la legitimitat del dolor ha d'ésser «provada» per experts; aquests pacients sovint tenen una llarga història mèdica; la teràpia invasiva és una forma de tractament mèdic que reforça especialment el comportament de dolor del pacient).

La fatiga i el dolor del sistema locomotor eren les principals queixes de setze historials de dones amb la «síndrome d'stress crònic» estudiada per Norrelund. Totes havien treballat durant més de vint-i-cinc anys; provenien de cases humils i moltes havien assumit obligacions d'adult en la seva infantesa. L'educació escolar era mínima i cap d'elles no tenia una formació especial; les ocupacions eren extremadament dures físicament.⁴³

Aquest article suggereix, al meu parer, que les diferències intraculturals en l'experiència dolorosa són sovint oblidades. A més, les *diferències econòmiques*, les desigualtats i l'alienació degudes a la infraestructura d'una societat en particular (mode de producció i consum, divisió social del treball, relacions de classe, corporativisme), poden explicar millor les diferències en el dolor corporal que els factors superestructurals (cultura, ideologia, religió, etc.).

Un estudi excel·lent de la influència de la cultura en el comportament dolorós, utilitzant metodologia apropiada, és el de Streltzer i Wade.⁴⁴ Estudiaren la varianza en requeriments de narcòtics en pacients colecistectomitzats, segons grup racial, en una població de 85 caucasiàns, 51 hawaïans, 34 filipins, 53 japonesos i 30 xinesos.

Els dos primers grups reberen significativament més analgèsics que els altres tres grups. Els factors *individuals* justificaren les porcions més grans de variança en el tractament del dolor postoperatori; els factors culturals justificaren una petita però significativa porció de variança. No s'especifica si això reflecteix diferències ètniques en els requeriments d'analgèsics o bé biaixos culturals en el tractament (pot ésser que, en un ambient on el dolor no és prou tractat, algunes cultures siguin més susceptibles d'infractament que d'altres).

*El dolor dins cada context cultural:
l'enfocament intrasocial*

El comportament dolorós s'ha de considerar també dins cada context cultural. Atès que l'enfocament intrasocial és culturalment relatiu, pot subministrar un quadre més equilibrat i complet del símptoma o de la malaltia que estudia. Davis⁴⁵ ha assenyalat els biaixos inherents als models biomèdics de l'stress i als models feministes de la desigualtat d'estatus. Segons aquells, la incapacitat d'adaptar-se a l'stress pot ésser el resultat de malalties mentals o físiques o àdhuc del malestar social (la influència de canvis hormonals seria també una explicació de l'stress; a més, el fenomen seria considerat més freqüent entre persones amb vides buides, víctimes sense ajuda i sense esperança, i a vegades simplement un fenomen automanipulat, característic de les «queixoses cròniques»). Els estudis socio-culturals de l'stress pretenen identificar els problemes en l'estructura social que fan difícil a un individu o a un grup l'assumpció del seu entorn. L'estatus marginal de la dona estaria associat a l'stress i a la vulnerabilitat a la malaltia. Algunes feministes associen l'stress de la dona al seu status de desigualtat, consideren que l'stress és una conseqüència de la pèrdua d'estatus i de paper en el procés productiu, i un resultat del poderós i misogin «*stablishmen*» mèdic. Davis aborda el problema des d'una perspectiva local o intrasocial. L'stress seria una manera funcional d'adaptar-se –i també d'anticipar-s'hi i de tractar-hi– a una *situació real* (en el seu estudi, un perill real). Dins el context cultural que ella estudia, els «nervis» són considerats normals i una part de la vida diària; les preocupacions reforcen en la dona el sentiment de pertànyer a un grup laboral, a un territori i a una tradició; els «nervis» són una obligació moral que intensifica l'estatus de les dones. Com assenyalava Davis, l'estudi antropològic de l'stress (o del dolor, o de qualsevol malaltia) ha de tenir en compte els costums i els punts de vista *locals* sobre salut i statuts social. Hom ha de considerar també la magnitud real de la causa del comportament de la malaltia.

Alguns descobriments i algunes febleses

Encara que no sembla establert fins a quin punt, és fora de dubtes que el bagatge ètnic o cultural del pacient té alguna influència en l'actitud i en el comportament clínics.

Segons els Good,⁴⁶ diversos estudis confirmen aquesta hipòtesi i suggereixen que els grups ètnics i culturals varien en les dimensions següents:

– *En l'especificitat de les queixes mèdiques*; per exemple, els italians de la primera generació tendeixen a presentar força queixes mèdiques, relacionades amb diversos òrgans, mentre que els pacients irlandesos presenten menys símptomes i més límits.

– *En l'estil de les queixes segons cada context mèdic*, per exemple, en ambients clínics, els pacients jueus i italians expressaven el sofriment obertament i dramàtica, els irlandesos negaven els símptomes i els «vells americans» sofrien silenciosament i tractaven de veure el dolor com a observadors allunyats.

– *En la naturalesa de la seva ansietat sobre el significat dels símptomes*; els protestants semblaven més afectats per les implicacions dels símptomes com a indicadors de gravetat, mentre que els italians estaven més afectats pel dolor mateix.

– *En els òrgans objecte de preocupació*; en l'assistència ambulatoria, els pacients irlandesos es queixaven més dels ulls, de les orelles, del nas o de la gorja que els pacients italians, per exemple.

– *En la seva resposta a intervencions terapèutiques* com l'ús d'analgèsics o de tranquil·litzants, segons el significat que atribuïen al seu sofriment.

Malgrat que aquestes conclusions poden ésser vàlides, voldria remarcar que alguns dels estudis mencionats anteriorment tenen punts febles, com ara:

- manca de control experimental del dolor;
- diferències entre els grups d'estudi en el grau de comprensió dels procediments experimentals;
- els grups d'estudi podrien tenir característiques de base diferents (per exemple, és probable que els soldats siguin més joves i amb millor salut que els homes civils no enrolats);
- la resposta dels immigrants a les proves pot no ésser generalitzable a la població d'on provenen;
- les condicions de l'estudi poden haver diluït els resultats (per exemple, l'ús d'interpres);
- manca de control de variables relacionades amb la tècnica usada per a induir dolor (per exemple, temperatura de la pell en la tècnica de calor radiant);
- sovint hi ha confusió terminològica;
- de vegades, els resultats no són comparables amb altres estudis, ni replicables;
- es fan generalitzacions globals a partir de poblacions molt particulars (per exemple, estudiants, pacients d'un hospital d'ex-combatents, persones de parla anglesa, un marge d'edats petit, etc.);
- la gran varietat en la susceptibilitat individual i en la resposta al dolor i el seu tractament, és discutida molt poques vegades (Zborowski ho fa);
- manca d'informació sobre els procediments de selecció de les poblacions d'estudi i sobre l'assignació dels individus als grups d'estudi;
- imprecisió en la descripció dels grups d'estudi (per exemple, Zborowski només diu que «la majoria» sofreix malalties neurològiques, principalment discs herniats i lesions espinals);
- alguns predictors bàsics dels resultats no es tenen en compte, com ara: sexe, nivell socio-educacional, experiències doloroses prèvies, característiques psicofisiològiques, causes subjacents del dolor, desordres psicològics o orgànics concurrents, tipus d'assistència rebuda, característiques dels metges i de les infermeres;
- manca de poder estadístic per a detectar veritables diferències entre els grups d'estudi (per raó d'un nombre de participants petit);
- manca d'anàlisi de l'efecte combinat dels diversos factors i de l'efecte específic de la cultura (insuficiència de les comparacions estadístiques simples).

Evidentment, algunes d'aquestes crítiques només són possibles en l'actualitat; l'ús de tècniques de regressió múltiple, per exemple, era molt estrany en les ciències

socials fa vint-i-cinc anys. Cal, però, assenyalar les desviacions existents, bo i reconeixent que molts estudis aprofundeixen la matèria a fons.

Qüestions que cal continuar investigant

Qualitativament, diverses qüestions queden pendents: *Quins* són els factors culturals més influents? *Què* afecten: la percepció del dolor, la transmissió del dolor, la sensació de dolor, la resposta al dolor, tot plegat?

Altres qüestions poden ésser formulades quantitativament: *quina proporció* de les diferències interculturals és explicada per cada factor cultural i per la «cultura» com un tot? Quina és la magnitud d'aquestes diferències quan factors com la malaltia subjacent o les característiques psico-fisiològiques individuals són *controlats*? Quantes diferències atribuïdes a la cultura poden ésser degudes a factors com ara la classe social o el sistema sanitari? Quina distorsió és introduïda pels mètodes de l'observador i el seu bagatge personal?

IV. El sofriment en les societats occidentals

Per aquells que no experimentem particularment allò que Lewis anomena «l'atracció pel fet exòtic», el principal propòsit de les anàlisis interculturals no és la simple comparació entre diferents cultures sinó una millor comprensió dels nostres propis sistemes sanitaris i socials. Per això el present treball fa en aquesta darrera part un gir en l'enfocament i mitjançant l'anàlisi antropològica del dolor intenta esclarir aspectes de funcionament i la naturalesa de les societats occidentals.

Kleinman, Eisenberg i Good, tres destacats representants de les anomenades «ciències socials clíniques»,⁴⁷ han revisat magistralment la configuració cultural de la malaltia i l'assistència sanitària en les societats occidentals.⁴⁸

Atès que el dolor és una de les raons més freqüents per a sol·licitar atenció mèdica i que el seu tractament determina notablement la relació pacient-metge, estudiar el fenomen del dolor pot ser una manera de caracteritzar tot el procés d'*assistència sanitària*, en el qual les malalties són diagnosticades, seleccionades per a tractament i no tractament, i modificades durant el seu curs «natural». Les actituds dels usuaris i de la comunitat científico-mèdica envers el dolor, i també llur recerca de solucions preventives, farmacològiques o quirúrgiques, reflecteixen com la salut i la malaltia es conformen i experimenten culturalment en les nostres societats.⁴⁹

La cultura i els components cognoscitius del dolor i de la depressió

En la seva excel·lent revisió sobre depressió i somatització,⁵⁰⁻⁵¹ Katon, Kleinman i Rosen estudien a fons la relació entre dolor i depressió en les cultures occidentals; sobre la somatització de la depressió com un mecanisme que pot protegir del dolor psicològic; sobre la incapacitat del metge per a conceptualitzar la depressió; sobre el risc de iatrogènesi quan hom reforça els símptomes hipocondríacs; sobre la depressió i la somatització com a models de malaltia que reflecteixen les relacions biopsico-socials; i com a mètodes per a afrontar les tensions psico-socials.

És també d'interès la seva anàlisi dels components cognoscitius de la síndrome depressiva (que es podria aplicar en part també al dolor). Segons aquests autors, la

capacitat de *percebre un estat afectiu i notificar-lo* a un metge és un desenvolupament molt recent.⁵² Els estudis interculturals mostren que mentre que el nucli de símptomes vegetatius de la depressió (també del dolor...?) són similars, els canvis cognoscitius com la culpabilitat i l'automenyspreu observats en cultures occidentals són absents o disminuïts en altres sistemes de significat. Katon, Kleinman i Rosen avisen que cal anar amb compte sobre la validesa intercultural de les seves anàlisis dels mecanismes cognoscitius, perquè el *paradigma evolutiu* és orientat vers els valors culturals occidentals, en els quals el moviment vers una *mentalitat psicològica* és considerat com un signe de maduresa.⁵³

El dolor en la família i en el teixit social

Els símptomes del dolor són interpretats i construïts junt amb creences locals sobre com la malaltia ha d'«ésser sentida». La resposta al dolor és una resposta *apresa*.⁵⁴⁻⁵⁵ La cultura proveeix el pacient amb creences sobre les malalties, opinions sobre com treballa el cos, metàfores i expressions dominants que organitzen la seva *interpretació* dels canvis corporals. Les famílies, per exemple, socialitzen els nens per discernir la diferència entre dolor físic i dolor emocional.⁵⁶

McKinlay assenyala que després d'adonar-se de la presència dels símptomes, el pacient «negocia dins la família i la societat quina possible etiqueta pot ésser aplicada, com de greu és l'episodi, quin comportament per a demanar ajuda és apropiat i quan ha de portar a terme l'acció».⁵⁷ Una vegada s'han establert els canvis familiars, el comportament del dolor pot continuar en absència de dolor fisiològic.⁵⁸ Els terapeutes familiars han mostrat que els dolors crònics tenen diverses funcions en les famílies, com ara el control i la manipulació dels altres, justificar dependència, guanyar-se un descans, evitar les relacions sexuals, guanyar-se l'atenció dels altres, renyar els altres, controlar el mal humor i evitar relacions íntimes.⁵⁹

En societats petites és molt important mostrar interès per la malaltia d'un membre del grup; l'experiència de preocupació general quan algú està malalt pot estar relacionada amb l'èmfasi en les causes i els efectes socials i morals de la malaltia. En les societats industrialitzades, la malaltia sembla un assumpte més privat, sovint confinat a la família o bé lliurat als experts mèdics.⁶⁰ Les societats occidentals encara posen més connotacions positives en la incapacitat física que en la incapacitat mental. Les connotacions de debilitat i culpabilitat moral dels pacients amb dolor tenen un efecte directe en la *cognició* inconscient del pacient.⁶¹

L'expropiació del dolor: iatrogènesi cultural

«Medical Nemesis» d'Ilich aporta un exemple excepcional de com l'anàlisi particular del tractament del dolor pot conduir a una anàlisi global. Segons ell, la medicina cosmopolita contemporània arruïna els corrents culturals que aporten un enfocament més apropiat per a l'autoassistència i el sofriment; la medicalització constitueix un programa burocràtic basat en la negació de les necessitats de cada home d'afrontar el dolor, la malaltia i la mort. L'estructura mèdica està organitzada per «matar el dolor» (entre altres tasques); això constitueix una nova meta que abans mai no havia estat una prioritat social.

Sofrir, una de les activitats essencialment intransitives que la cultura ensenya a l'home, és ara reclamat per la tecnologia com una nova àrea d'intervenció política i és considerat una malfunció de la qual les poblacions han d'ésser institucionalment alleujades.⁶²

Com una part de la seva anàlisi de la «iatrogènesi cultural», Illich descriu la transformació del dolor de desafiament personal en problema tècnic.

El dolor és genuïnament el signe d'alguna cosa no contestada; quan sofreixo dolor, sóc conscient que se'm posa una *qüestió*.⁶²

En les nostres societats, aquesta qüestió és transformada en una vaga ansietat que pot ésser sotmesa a tractament. Però això no ha estat sempre així. Per tal de permetre als individus transformar el dolor en una experiència personal, les cultures subministren mots, mites, fàrmacs, i models. Almenys en la tradició europea era impensable que el dolor no hagués d'ésser sofert, alleujat i interpretat per la persona afectada. L'experiència del dolor corporal personal és conformada pel programa terapèutic designat per destruir-lo. Després d'ésser medicalment «expropiat», el dolor perd el seu caràcter referencial i degenera en un horror residual i sense sentit.⁶²

Actituds mèdiques envers el dolor

Una característica particular dels sistemes de salut occidental és il·lustrada en el treball de Menge:⁶³ molts professionals mèdics estan poc assabentats de les limitacions dels procediments de diagnòstic que utilitzen (particularment de la seva sensibilitat i la seva especificitat). L'autor es refereix a un altre estudi en el qual hom descobrí que hi havia anormalitats radiològiques dels discs intervertebrals en el 55 per cent de persones *sense* símptomes de dolor d'esquena, mentre que *no* es van observar anormalitats radiològiques en un terç de la població *amb* dolor d'esquena. De fet, les troballes radiològiques eren sovint considerades com una prova «d'anormalitat demostrada objectivament». Aquestes troballes poden explicar per què subsegüents intervencions basades en aquestes mesures de diagnòstic són tan sovint infructuoses.

Mentre que alguns dels pacients operats de discs intervertebrals prolapsats (PID) pertanyen a la categoria de pacients amb mal d'esquena crònic, altres hi pertanyen només *després* de l'operació.

En un context més ampli, Stoeckle i Barsky han remarcat la importància dels processos *cognoscitius* implícits que s'esdevenen en els metges quan expliquen la malaltia als pacients.⁶⁴ Roth ha descrit com, quan una persona arriba a Urgències, inevitablement engega un procés pel qual el seu mèrit i la seva legitimitat són ponderats (a través de judicis morals i ideològics) i condicionen la seva admissió, el diagnòstic i el tractament.⁶⁵ No hi ha cap raó per a pensar que aquest procés no succeeix en pacients afectats de dolor. Al contrari, podem sospitar que a causa de la naturalesa del mateix símptoma dolorós, la «vàlua social» i la «categoria moral» d'un pacient, jutjades pel metge i pels altres professionals, són determinants de com el seu mal serà etiquetat i tractat.

Com que el dolor és especialment susceptible d'ésser carregat amb judicis de valor, el dolor pot actuar com un mecanisme amagat però eficaç de *control social*. La medicalització (la re-definició dels problemes socials com a problemes mèdics), pot tenir un paper contraterapèutic de control social; la somatització i la sobreutilització dels serveis mèdics podrien ser una conseqüència d'aquest paper.⁶⁶

Engel⁶⁷ ha assenyalat que la majoria dels metges formats en el model empíric biomèdic no avaluen adequadament l'stress psico-social que hi ha darrera les queixes físiques.

Però també és veritat que molts pacients demanen un enfocament i un tractament orientats somàticament i, de vegades, reaccionen malament a qualsevol insinuació del metge que pensa que la malaltia és deguda a un problema emocional.

Els metges són *somatitzadors* en virtut de la seva especialització tecnològica i perquè no volen que els passi per alt cap problema físic ocult (aquesta por està reforçada en el sistema americà per l'increment en el nombre de denúncies per «mal-practice»).

L'experiència amb pacients crònics il·lustra també el fenomen de la iatrogènesi.⁶⁸⁻⁶⁹ La sobreprescripció i l'abús de medicines són un aspecte típic de la iatrogènesi mèdica.⁷⁰

La necessitat de recuperar la confiança de la gent

És interessant comparar les qüestions que plantegen antropòlegs clínics com Kleinman amb les qüestions que tracten epidemiòlegs clínics com els Fletcher⁷¹⁻⁷² (vegeu la taula 2).

El propòsit de cada un dels esquemes de la taula 2 és diferent: Kleinman i col·laboradors descriuen la transacció entre els models explicatoris del pacient i del metge; els Fletcher tracten qüestions d'epidemiologia clínica. Tanmateix, les seves preguntes són similars: A.1 es relaciona amb B.7, A.2 amb B.4, A.3 amb B.7, A.4 amb B.5, A.5 amb B.6. No és sorprenent: cinc dels sis autors són metges. En la meua opinió, representen el corrent de metges que –des de l'interior de la professió mèdica– busquen noves solucions a les crítiques i limitacions de la medicina cosmopolita. Un equip ho fa a través de les ciències socials, l'altre aplicant mètodes i coneixements epidemiològics. Fletcher i col·laboradors defensen clarament que l'epidemiologia clínica «és una part important dels esforços envers una pràctica de la medicina més racional, efectiva i eficient».⁷³

Kleinman i col·laboradors assenyalen que «la medicina contemporània ha esdevingut progressivament discordant amb les expectacions de la població (...). Els problemes legals, l'escàs compliment de les instruccions que el metge dona, l'assistència clínica de poca qualitat i d'altres problemes de maneig clínic, molt sovint són resultat d'amagades discrepàncies sobre la realitat clínica». Suggereixen que la sociologia clínica capacitaria el metge «per sortir d'un marc professional etnocèntric i per reorganitzar la realitat clínica com quelcom construït culturalment i pluralista» i també per «guanyar-se la confiança del pacient, evitar majors discrepàncies en l'avaluació de resultats terapèutics, promoure el compliment i reduir la insatisfacció dels pacients».

«La desatenció sistemàtica dels aspectes no biològics de la malaltia pot ésser també un factor determinant dels problemes mèdico-legals, de la progressiva utilització de sistemes sanitaris alternatius i de les crítiques generals a la Medicina». També els Good assenyalen que «les crítiques dels consumidors deixen clar que un dels costos principals de l'empirisme clínic és una pèrdua d'humanisme en l'assistència al pacient».⁷⁴ Kleinman i col·laboradors subratllen amb molt d'èmfasi la necessitat d'aplicar directament els coneixements antropològics i interculturals a l'assistència clínica diària. Aquesta necessitat és present en tot el llibre d'Eisenberg i Kleinman.⁷⁵ «El fet de no apreciar les dimensions socials i culturals de la malaltia té conseqüències per al diagnòstic mèdic i també per al tractament de la malaltia. La medicina hauria de complementar les ciències biològiques amb una aplicació similar de les ciències socials de cara a proveir ambdues d'una major *comprensió de la malaltia* i d'una millor *assistència al pacient*».⁷⁶

Malauradament, aquests excel·lents científics socials i clínics no tracten prou els factors socials i econòmics. En reconeixen clarament la importància però no els inte-

TAULA II. *Antropologia i sociologia clíniques i epidemiologia clínica: cercant sortides a la crisi dels sistemes sanitaris*

A. Els models dels pacients fan referència a cinc qüestions* descrites en els models del metges. Kleinman, Eisenberg i Good, 71	B. Qüestions clíniques en la pràctica de la medicina. Fletcher, Fletcher i Wagner, 72
A. 1. Etiologia: Què pensa que ha causat el seu problema?	B. 1. Normalitat/Anormalitat: La persona està bé o està malalta? Quines anormalitats estan associades amb tenir la malaltia? Estic malalt?
A. 2. Inici dels símptomes: Per què pensa que va començar quan va començar?	B. 2. Diagnòstic: Quina precisió tenen les proves diagnòstiques i les estratègies utilitzades per a detectar la malaltia? N'està segur?
A. 3. Patofisiologia: Què creu que li fa, la seva malaltia? Com funciona?	B. 3. Freqüència: Succedeix sovint?
A. 4. Curs de la malaltia: És molt greu, el seu mal? Creu que serà llarg o curt?	B. 4. Risc: Quins factors estan associats amb un augment de la probabilitat de patir la malaltia?
A. 5. Objectius terapèutics: Quina mena de tractament pensa que hauria de rebre? Quins són els resultats més importants que espera rebre'n? Quins són els principals problemes que li ha causat la malaltia? Què és el que més tem de la seva malaltia?	B. 5. Pronòstic: Quines són les conseqüències? Com m'afectarà? B. 6. Tractament: Com canvia el tractament el curs de la malaltia? Què es pot fer? B. 7. Causa: Quines condicions resulten en la malaltia? Quin és el mecanisme patogènic? Què causa la meua malaltia?

* Hom respecta literalment la formulació dels autors: Kleinman *et al.*, suggereixen que el metge pot preguntar per tal d'obtenir el model explicatiu del pacient; Fletcher *et al.*, formulen preguntes referents a la medicina clínica i (entre claudàtors) les que més sovint preocupen el pacient.

gren: «Els factors socials i econòmics afecten la realitat clínica, però nosaltres ens centrem en els seus determinants culturals»;⁷⁷ «la somatització pot ésser facilitada o retardada com a conseqüència de factors socio-polítics i econòmics fora de la xarxa social del pacient i de factors externs al sistema sanitari».⁷⁸

A diferència d'Illich, Kleinman i col·laboradors són perfectament conscients que l'origen de la crisi de la biomedicina occidental rau fora del sistema sanitari. Però o bé no donen prou importància a les causes infraestructurals o la seva opció és treballar exclusivament des de l'interior del sistema sanitari.

La medicalització és només un símptoma, el símptoma de les necessitats induïdes per la insatisfacció social, l'alienació laboral i la injustícia. El protagonisme de les burocràcies (els metges inclosos) no pot ésser sobreestimat i les necessitats de tot el sistema han d'ésser adequadament considerades. La tecnologia mèdica només reforça quelcom que ja existeix: la divisió social del treball. La professió mèdica administra el complex biomèdic perquè aquest poder li ha estat delegat per les classes més altes.⁷⁹

Potser el sistema actual sobreviurà molt de temps. Però si volem que siguin reals les aspiracions majoritàries (salut per a tothom, accés a l'assistència, satisfacció per als pacients i per als professionals sanitaris, una atenció de qualitat i eficient, etc...), cal que s'esdevinguin canvis fonamentals *fora* del mateix sistema sanitari.

Les metàfores amb què distorsionem les malalties no són sinó un reflex més de les terribles insuficiències de les nostres societats.⁸⁰ Per això, l'alliberament del pensament metafòric ha d'ésser paral·lel a l'alliberament econòmic i social.

L'estímul més intens del dolor sofert per tanta gent ve del cor mateix del sistema.

Agraïments

A Nancy Scheper-Hugues pels seus valuosos comentaris i a Montserrat Porta pel seu ajut en la traducció.

Aquest treball ha estat possible gràcies a una beca Fulbright/Caixa de Pensions.

Nota

Aquesta és una versió abreujada del treball *Pain suffering: Cross-cultural studies of pain and the crisis of Western biomedicine*, que pot ésser demanat a l'autor. (Adreça: Department of Epidemiology 201-H, University of North Carolina, Chapel Hill N.C. 27514, EUA).