

El dolor: una encrucijada entre cuerpo y subjetividad (2º parte)

José Manuel García Arroyo¹, María Luisa Domínguez López²

Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 16, Nº 1, octubre de 2009, págs. 38 a 48.

Resumen

Iniciamos la segunda parte situando el dolor en la "relación intersubjetiva" y, en este sentido, se transforma en una llamada al "otro" para ser atendido o asistido. La respuesta de este último adquiere una gran importancia en la evolución del dolor; aquí tenemos que incluir las posibles actitudes que el profesional de la medicina adopta al tratar a estos pacientes.

Al mismo tiempo, atendemos a las construcciones permanentes que hace el sujeto en relación a este síntoma, que solo pueden aparecer cuando tiene una evolución crónica y son: a) la búsqueda de un sentido que, evidentemente, el dolor no posee y b) el despliegue de sentimientos en relación al mismo. Estos dos aspectos se desarrollan si y solo si la experiencia es previamente aceptada.

Acabamos indicando el poder enorme que tienen las palabras sobre los fenómenos "sensorio-afectivos" asociados al dolor, pues poner nombres ("significanzar") a estas vivencias

ayuda al paciente a mejorar y a que el dolor no sea siempre algo empobrecedor para quién lo vive, como señalaba Leriche, sino que quede interiorizada, con lo que ello implica.

Palabras clave

Sentimiento. Sentido. Dolor. Psicoterapia. Subjetividad.

Abstract

We started the second half putting the pain in the inter-relationship in the sense of a call to another to be attended or assisted. the response of the latter assumes great importance in the evolution of pain. Here we must include the potential that the professional attitude has in treating these patients.

At the same time, we look at the permanent constructions made by the subject in relation to this symptom, which can only occur when you have a chronic evolution. These are: a) the search for a sense that obviously pain doesn't have and b) the deployment of feelings in relation to it. These two aspects are only developed if the experience was previously accepted.

1 Psiquiatra. Profesor Asociado. Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

2 Psicólogo clínico. Unidad de Salud Mental de La Palma del Condado (Huelva).

Correspondencia: José Manuel García Arroyo. Luis Montoto nº 83- 3º C. 41.018. Sevilla. Tel. 954574592. E-mail: jmgarroyo@us.es

We have just stating the enormous power that it has the words on the "sensory affective" phenomenon associated with pain, because putting names to these experiences helps the patient improvement and the pain is not always something impoverishing, as noted Lriche, but it is internalized with all that implies.

Key words

Feeling. Sense. Pain. Psychotherapy. Subjectivity

Introducción

Comenzamos la segunda parte del trabajo, después de haber planteado en la primera nuestro objetivo general: hacer un estudio psicológico del dolor, que es el abordaje menos considerado en la literatura acerca del tema, primando en ella los aspectos biológicos. Nuestra postura parte del presupuesto de que el psiquiatra puede ayudar a las personas aquejadas de esta desagradable sensación, dado que los aspectos subjetivos influyen de manera decisiva en su evolución.

El estudio emprendido ha considerado el dolor como una experiencia complicada y se intentó, en tal sentido, desgranarlo hasta dar con los componentes simples que se unen en una especie de "todo" vivencial que dificulta una aproximación correcta. En este sentido, hablamos de una sensación a la que se suman producciones mentales que intentan captarla o limitarla en su expansión destructora. La "imagnarización" de la experiencia pretende una contención de la misma, pero no es demasiado eficiente ya que, en numerosas ocasiones provoca la aparición de fenómenos que se le van de las manos al sujeto; aquí hallamos caprichosas formas que parecen salidas de la boca de un psicótico, pero en realidad

son pacientes que no pertenecen a esta categoría. Suerte que la percepción (si es que existe), aporta un punto de realidad que buena falta hacía en todo el entramado.

Además, la sensación dolorosa, en tanto experiencia perturbadora que es, pone en marcha emociones que comprometen a quién lo experimenta; aquí reconocemos cómo empieza a sujetivarse el dolor, es decir, a hacerse psíquico. En cuanto los sucesos emocionales despuntan, empiezan todas las disparidades imaginables entre alteración e intensidad dolorosa, así como movimientos inexplicables del "umbral"; será algo que llegará a la cota máxima en el llamado "dolor somatomorfo" que tendremos ocasión de estudiar. Por tanto, conseguir modular las emociones una vez activadas va a convertirse en un objetivo prioritario del médico en el tratamiento del paciente dolorido.

Vamos ahora a proseguir nuestro recorrido tratando, en primera instancia, cómo el dolor no es solo "para-mí", sino que se enclava en la "relación intersubjetiva", apareciendo el interlocutor a quién el dolor (intencionalmente) puede dirigirse. A los componentes de los que hemos hablado hasta ahora, que podríamos calificar de "temporales" (atención, percepción, emoción, etcétera), tenemos que añadir aquellos otros que calificamos de "permanentes", con los que veremos cómo se concluye el proceso de "subjetivación" del dolor.

El dolor como fenómeno intersubjetivo

Al tratar de las emociones asociadas al dolor, tenemos que considerar a las personas que acompañan a quién lo sufre (familiares, pareja, amigos, etcétera), pues pueden influir decisivamente en la respuesta emocional y por consiguiente, en la evolución del cuadro dolo-

roso. De ahí que esta experiencia se transforme en un fenómeno intersubjetivo.

Antes indicamos cómo la sensación nociceptiva provoca expresiones de llanto o gritos de una forma espontánea y automática y que representa una primitiva forma de llamada de auxilio; esto puede tener lugar en cualquier animal, pero en el humano el asunto muestra una dimensión radicalmente distinta pues va a convocar al interlocutor, al "otro". En efecto, cuando despunta el dolor provoca en quién lo padece el sentirse vulnerable y sus expresiones tienen valor de llamada al prójimo para ser ayudado por éste, quién (supuestamente) tiene que responder calmándolo de algún modo, al menos, dedicándole una atención.

Tal suceder lleva aparejadas cuestiones de vital importancia, como es el caso de contemplar al "otro" como ser omnipotente, quién mágicamente va a hacer desaparecer el dolor, no se sabe muy bien cómo. También es posible la regresión del dolorido ante ese "otro", sobre todo si en su historia fue sobreprotegido por imagos parentales todopoderosas (mujer de 22 años: "Cuando me dolía la cabeza, me sentía verdaderamente mal y me convertía en más niña de lo que era, hasta el punto de que incluso mi lenguaje se hacía más infantil. Mi madre entendía perfectamente lo mal que me encontraba y procuraba ayudarme cuanto podía").

La actitud del otro, asimismo, es fundamental para que puedan atemperarse las emociones asociadas a las sensaciones displacenteras. Así, si nos encontramos ante alguien que pronuncia palabras tranquilizadoras ("no te preocupes", "esto es pasajero", "te pondrás mejor",...) se producen efectos calmantes del dolor (varón, 46 años: "Mi mujer es especialista en calmarme. Tenía un dolor imponente en el estómago y puso la mano en el vientre, al tiempo que me decía que todo era pasajero,

que era una simple indigestión. Como por arte de magia, se me pasó esa desagradable sensación enseguida. He de decir que soy bastante aprensivo").

En cambio, son bastante negativas aquellas personas que tienden a culpabilizar al paciente, facilitando el desarrollo del dolor. Frases como: "tú te lo has buscado, así que no te quejes", "no sé por qué te pones así, pues no es para tanto", "yo he sufrido más que tú y no me he quejado nunca", etcétera, aumentan la intensidad de la experiencia al descender el umbral por vía emocional. En tales casos, no es raro que el propio paciente desee que el acompañante se marche, pues sabe que con sus alocuciones la emoción tiende a despuntarse. En una ocasión fuimos avisados por el personal del servicio de obstetricia para atender a una chica a punto de dar a luz y que se encontraba demasiado excitada y dolorida; bastó con separar a su madre para que la paciente sufriera menos; esta última repetía a su hija: "no sé como eres tan quejica, pues todas las mujeres pasamos por esto y tenemos que aguantarnos", "yo he tenido varios hijos y no me he muerto". Otra paciente, con frecuentes dolores de espalda, evitó estratégicamente ser acompañada por su madre al dirigirse al hospital, dado que: "Ella es una persona que se pone muy nerviosa cuando me viene el malestar, no lo hace con mala intención, pero logra ponerme mucho peor y siento un dolor bastante fuerte. Antes la llamaba cada vez que me ponía mala, pero últimamente no cuento con ella en esos momentos. Mi madre siempre dice que soy una mujer débil y eso me pone negra, no lo puedo soportar".

Se dice habitualmente que la soledad y el aislamiento son factores que aumentan el dolor, pero se trata de una afirmación que hay que tomarla con cierta cautela. Esto se debe a que hay que tener en cuenta no solo la proxi-

midad física, sino también los enunciados y actos significativos del acompañante; a veces en el dolor "más vale estar solo que malacompañado", pues la incompreensión se coloca entre los aspectos interpersonales que más afectan el desarrollo de la sensación dolorosa. En este entramado podemos incluir las palabras y gestos del médico como agentes de aumento o disminución del umbral doloroso.

Aparte de lo expuesto, descubrimos que en la sociedad contemporánea se produce una falta de consideración hacia el dolor ajeno, aspecto que podemos calificar de "deshumanización egocéntrica", en la que solo se atiende a lo propio transformado ahora en lo más importante. Estamos en el imperio del "ego", con todas las expresiones imaginables derivadas: "egocentrismo", "egolatría", "egoísmo",..., que pretende desarrollar una especie de "egotrón", que empuja al imposible del siempre bien y con cara sonriente. Estos extremos han sido analizados recientemente por Susan Sontag⁽¹⁾, al estudiar la mirada impune ante el dolor auspiciada por los medios.

Construcciones permanentes en relación al dolor

En este apartado tratamos de esclarecer qué es lo que sucede en aquellos casos en los que el dolor es perdurable, lo que conlleva la posibilidad de que el paciente genere construcciones subjetivas en relación al mismo; estas pueden pertenecer a la esfera de los sentidos (significados) o a los sentimientos. Veámoslos:

Interpretaciones subjetivas acerca del dolor

Hemos precisado antes que el dolor tiene un papel protector sobre la vida al servir de

alarma y aviso frente a un peligro real, pero estas explicaciones no logran totalizar los sucesos inherentes a esta experiencia singular. Si así fuera, siempre se presentaría como anuncio de un peligro importante y debería existir una relación entre magnitud del dolor y causa desencadenante⁽²⁾. La propia biología abre una grieta en relación a las respuestas, que atañen a temas como: desproporción peligro/sensación, dehiscencias entre importancia del órgano/respuesta dolorosa, dolor como defensa, etc. Se trata de un asunto que nos lleva directamente a importantes contradicciones: sensaciones dolorosas que muestran una intensidad excesiva respecto a la alteración (ejemplo: odontalgia), dolores que no defienden e incluso pueden llevar al paciente a la muerte por suicidio (ejemplo: neuralgia del trigénimo), neoplasias muy invasoras que apenas cursan con dolor, etc. Aquí es donde la propia definición del dolor (como proceso defensivo) se tambalea, dejando en su lugar un vacío de conocimiento que abre un espacio a las interpretaciones subjetivas.

El aparato mental, en este sentido, funciona como un sistema que asigna significados a las experiencias tan pronto como aparecen, aportando coherencia (aunque sea falsa) a las circunstancias que se viven. En este contexto, el dolor es una sensación que va a ser significada por quién lo padece, dejando de ser una experiencia meramente sensorial como se indica en algunos tratados de neurología. No en vano algunos autores se han pronunciado diciendo que el dolor no es solo pathos, sino también logos^(3,4).

Cuando la experiencia es aguda e intensa se impone con una gran brutalidad en la conciencia, tanto como para dislocarla (emocionalmente), entonces se impone la impresión de muerte inminente o de un final trágico. Son juicios de atribución inmediatos que se rela-

cionan con la violencia de la situación y que se muestran como una experiencia sensorio-emocional desproporcionadamente exagerada que puede deformar el sistema ideacional, tratándose de producciones poco elaboradas que se mantienen mientras el problema esté presente.

En cambio, si el dolor es crónico y persiste en su constancia, hay tiempo suficiente para realizar una elaboración psicológica del mismo. Para entender este extremo tenemos que precisar que la aparición del dolor en una persona concreta y en un momento determinado, no tiene ningún sentido, es incomprensible desde el punto de vista psicológico, aunque pueda tener explicaciones biológicas; tal vez la única excepción sea el dolor del parto que tiene una clara efectividad: poner en el mundo a un hijo⁽⁵⁾. Este "sin-sentido" es metabolizado psicológicamente por cada persona de una forma diferente, otorgándole un sentido que, obviamente, no tiene. Este es otorgado por el trabajo del "yo" que, como indicamos, intenta mantener la coherencia de cualquier suceso, aunque esta no exista; aporta así, una "lógica interna" que el dolor en sí mismo no posee.

El proceso puede iniciarse mediante el planteamiento de interrogantes concretos ("¿por qué me ha tocado a mí?", "¿por qué en este momento de mi vida cuanto todo iba bien?", "¿por qué no puedo vencerlo si siempre pude con todo?",...). Con el correr del tiempo, se producen respuestas esclarecedoras para el propio paciente, que no tienen por qué ser verdaderas, aunque sí muestran una gran "certidumbre subjetiva" tanto como para convencer al sujeto quién, a partir de ahí, las utiliza de forma constante, constituyéndose en un pilar de su discurso.

Estas respuestas, que tienen el valor de interpretaciones, pertenecen al orden de los

significados (s), frente al significante "dolor" (S), en cuyo caso se constituyen signos lingüísticos con los que el paciente puede operar fácilmente. Pongamos un ejemplo: una paciente de 66 años, muy religiosa, indica que los fuertes dolores (reumáticos) que padece se deben a que: "Dios me pone a prueba porque, en numerosas ocasiones, he sido débil, he fallado, y tendría que haber respondido de otra forma"; el signo lingüístico que se forma es el siguiente:

S	Dolor
----- a -----	
s	Dios me pone a prueba

Cada vez que aparezca el dolor, es tomado no solo como una sensación "real" en el cuerpo, sino como un "significante" que va a desplegar de forma automatizada el significado base.

Asimismo, las interpretaciones pueden ser de distinto carácter: religioso ("Creo que Dios me está poniendo a prueba y esto que me está pasando puede salvar mi alma"), castigo merecido por maldad o pecados cometidos ("Pienso que esto me lo tengo merecido, pues actué mal con mi madre, de hecho nunca entendí que estuviera siempre enferma"), desgracia debida a la mala suerte ("Siempre tuve mala pata con todo lo que hacía y ahora que podía estar bien, me viene esto"), designio del destino ("Sabía desde que era joven que mi destino en la vida era sufrir"), etcétera. No es extraño asociar el dolor a la religión o el castigo porque, como ha señalado Buytendijk⁽⁶⁾, no hay religión que no haya enseñado al hombre cuál es el sentido del sufrimiento y del castigo, porque siempre cualquier forma de punición se acompaña también de sufrimiento.

Estas respuestas tienen tres características importantes:

a) Aunque puedan ser tentativas o descaaminadas, resultan tranquilizadoras para el paciente. Al otorgar un sentido inexistente a la circunstancia vital que atraviesa, cierra un vacío de conocimiento que es, de por sí, angustiante.

b) Las explicaciones tienen cierto grado de plausibilidad y, a menudo, muestran una correspondencia directa con afirmaciones que son propias del medio (familiar, cultural) en el que el paciente se desenvuelve, esto indica que existe cierta proximidad entre "significante" y "significado" (S a s). De no ser así, estaríamos ante un delirio, en cuyo caso habría una ruptura entre los dos elementos del signo lingüístico (S a s), como presentaremos en una nueva publicación.

c) No se trata, en ningún caso, de meras teorizaciones del consultante, sino que afectan a quién sufre el displacer e intervienen en su comportamiento, el cuál también se hace coherente con las ideas acuñadas y expresadas. Así, una paciente con fibromialgia y múltiples interpretaciones religiosas de su trastorno, tenía muchas estampas de santos debajo del colchón y creía que la protegían realmente; digamos que sus acciones tenían una relación directa con las interpretaciones acerca de sus molestias.

A veces las ideas anexadas al dolor pueden ser catastrofistas, en cuyo caso aparecen enunciados del tipo: "nunca me pondré bien", "todo irá a peor", "tener esto ha arruinado mi vida", etc, tratándose de frases verdaderamente peligrosas, ya que pueden empeorar notablemente el curso del dolor en el sentido de alterar su intensidad por vía emocional e incluso provocar trastornos del estado de ánimo.

Además, las interpretaciones influyen en las distintas reacciones al dolor y, sobre todo, en su expresión, existiendo familias en las que se demuestra cualquier dolor y otras en las que se tiende al encubrimiento. En esta misma línea, hay que encuadrar las diferentes formas de expresión dolorosa en relación con el género, pues se le aporta distinta significación de acuerdo con el sexo del que se trate. Tradicionalmente, las mujeres pueden expresarlo más, así como las emociones, mientras que los hombres se caracterizan por la inexpressividad. Esto tiene que ver con las expectativas que se ponen en cada uno de los sexos y que dependen de los "ideales de género", los cuáles llevan a fuertes exigencias, como es el caso de que el varón "tiene que ser fuerte" ante toda circunstancia.

Los sentimientos y el dolor

El sentimiento, como ya indicamos, es una manifestación afectiva que se produce de modo paulatino y que precisa tiempo para poder desarrollarse, por tanto, no puede aparecer en el dolor agudo.

Los sentimientos referidos al dolor se producen tras un trabajo de elaboración del paciente, que implica su incorporación activa al aparato psíquico de esta experiencia desagradable, lo que indica que pasa a vivirse como algo propio; Alonso Fernández⁽⁵⁾ lo ha denominado "apropiación del dolor". A menudo, en este proceso la sensación dolorosa queda nombrada (significatizada) y, en esta línea, recogemos muchas expresiones características como: "ese maldito", "el que no me deja vivir", "ya viene el incansable", "el indeseable", etcétera. Incluso puede ser personificado, esto es, reconocido con un nombre propio, como es el caso de un paciente, de 68 años, con frecuentes lumbalgias, quién le había puesto el nombre de "Perico" y cuando hablaba de él

en su entorno familiar sabían perfectamente a qué se refería ("aquí viene Perico otra vez, pero esta vez no está tan cabreado como otras, así es que lo dejaremos entrar ¡qué le vamos a hacer!").

Para "sentimentalizar" el dolor, por consiguiente, para incorporarlo en el aparato psíquico, es necesario la previa aceptación del mismo. McCracken y Eccleston⁽²⁾ sugieren que esta última parece ser una técnica de adaptación cognitiva más adecuada para el dolor crónico. En efecto, cuando realizamos psicoterapia con estas personas intentamos favorecer la apropiación de las sensaciones displacientes, lo que significa la incorporación a la propia subjetividad. Jünger⁽⁷⁾, en esta misma dirección, sostiene lo estéril que resulta parapetarse detrás de cualquier estrategia elusiva del dolor, pues este es inevitable, tratándose de una fuerza elemental que acecha al hombre de la mano de la incertidumbre, la enfermedad, la duda y todo aquello que anticipa la frontera de la muerte.

A menudo en relación al dolor grave y persistente se producen sentimientos de desesperanza, desesperación, frustración, impotencia o desautoestimativos, sobre todo cuando no se ven posibilidades de lucha; los trataremos al explicar las relaciones entre depresión y dolor.

Con el sentimiento y las explicaciones que el sujeto aporta al dolor, este ha pasado de ser una experiencia impersonal, un híbrido "sensación-emoción", a convertirse en una experiencia personal o subjetiva, formada por el conglomerado "sentimiento-sentido" y que lleva al sujeto a una ganancia existencial. Es así pues ahora tienden a apagarse las notas de absurdidad y alienación que comporta esta experiencia. Pero, no siempre ocurre esto, de ahí que tengamos que pasar a un último apartado en nuestra presentación.

La palabra y el dolor

Sabemos del dolor en buena medida porque el paciente explica verbalmente aquello que está experimentando; se trata de la función del lenguaje a la que Jakobson dio el nombre de "expresiva". Entonces, el paciente describe su malestar en forma de narración o historia, aportando datos específicos sobre el comienzo, desarrollo, momento actual, agravamiento, momentos puntuales, etcétera. Esos matices son los que el consultante muestra a su médico quién va a recogerlos para arribar a un diagnóstico certero. Es ahí, además, donde el dolor adquiere uno de sus primeros significados aportados en el mismo acto médico: se trata de un "síntoma", que se sustenta en una patología que forzosamente hay que hallar.

S	Dolor
----- a -----	
s	Síntoma, expresión de una enfermedad

En este entramado reconocemos el esfuerzo del paciente al tratar de elaborar una historia plausible de su dolor, de manera que los diferentes aspectos de la experiencia encierran a este último en una diacronía comprensible. Ya hemos indicado que al pertenecer a lo "real" del cuerpo^(8,9), la sensación dolorosa es difícilmente asible.

Pero, el aparato mental se esfuerza en expresar coherentemente el dolor inserto, delimitado y ajustado a la rejilla espacio-tiempo, coordinadas en las que resulta (auto)explicable. Para conseguirlo, muchas veces, el consultante ha de rellenar lagunas que el propio fenómeno en sí presenta ya que, muchas veces, la nocicepción se presenta de forma vaga, imprecisa y sin una causa aparente.

Del mismo modo, quién consulta utiliza aspectos diversos recogidos de distintas fuentes de información (libros, profesionales de la salud, Internet, comentarios de conocidos, etcétera) y lo emplea en todo este proceso intelectual, que pretende dar un orden u organización a este caos que, las más de las veces, se descubre como una edificación errónea. De ahí, que tengamos que decir que el dolor que se muestra al médico es, en buena medida, una construcción del enfermo.

Pasando del plano meramente expresivo del dolor llegamos a otro que es, con mucho, más interesante y es el que se utiliza en la psicoterapia de estos enfermos. Se trata del proceso de orden lingüístico mediante el cuál el paciente consigue adjudicar palabras a sus experiencias "sensorio-emocionales" (dolor + emoción), fenómeno que llamamos "significativización del dolor". En este caso, la experiencia física ("real") ahora va a formar parte del acervo psicológico de la persona o, dicho de otro modo, el dolor formará parte del sistema de signos lingüísticos propios de quién lo padece. Hablamos de una diferencia fundamental entre el hombre y el animal: poder insertar el dolor y su correspondiente correlato emocional en los cauces de "lo simbólico". El lenguaje, en estos nuevos términos, se nos presenta no solo como "expresivo", sino también como "organizador" o "constitutivo", es decir, capaz de crear mundos nuevos, que es lo que ocurre en el propio paciente cuando es capaz de hacer del dolor algo suyo, interiorizado y hacer de él algo historizable.

En este proceso que enunciamos se producen los siguientes fenómenos:

a) En un primer momento, dado que el paciente expresa cuanto le sucede, se asiste a un auténtico atemperamento de las emociones, quiere decir, se reduce el sufrimiento asociado a éstas y la correspondiente tranquiliza-

ción mejora del dolor. La emoción de esta manera pasa a formar parte del dominio de quién nos consulta. Recordemos que uno de los efectos más deletéreos de las emociones consiste en la sensación de falta de dominio o control en la experiencia (Varón de 56 años: "Desde que hablo con Vd. me noto con menos dolor y es que salgo de aquí muy tranquilo y eso me ayuda bastante. Me siento mejor también porque no doy tantísimas vueltas a la cabeza").

El médico tiene que ser muy cauto en sus intervenciones, particularmente debe cuidar sus palabras y actos, pues éstos influyen decisivamente sobre el paciente. Se abstendrá de hacer críticas a las actitudes de este último, intentando adoptar en todo momento una postura acogedora y empática, que produzca en él la impresión de que tiene un espacio "suyo" donde puede expresarse, exponer sus quejas y ser comprendido.

b) En un instante posterior, se favorece la incorporación del dolor a su propia persona, según los términos que hemos expuesto en el apartado anterior, podemos denominarlo "subjetivación del dolor". Implica que la palabra consigue que se acepte el dolor, lo que sucede si conseguimos despojarlo de emociones negativas (vergüenza, aniquilamiento, rabia, ira,...). En tal caso, el portador asume el dolor en tanto forma parte de su propia realidad, una más de sus circunstancias, y lo incorpora a sus planes y metas, con objeto de tenerlo en cuenta como un límite de sus actuaciones, esto es, que puede realizar sus posibilidades pero dentro de un determinado margen de acción que el dolor le permite. Alonso⁽⁵⁾ habla en estos casos de la "transformación de un dolor neurotizado en un dolor humanizado".

El problema que plantea el dolor en la psicoterapia es el siguiente: ¿cómo es posible aceptar algo que se supone es desagradable?

¿cómo pueden desarrollarse sentimientos hacia algo que habría que desechar? Sucede con el dolor lo mismo que con otros aspectos molestos en la propia existencia (por ejemplo: tener una nariz grande, ser bajito, tímido o vergonzoso) los cuáles, al no ser aceptados, se muestran de una forma mucho más dramática (por ejemplo: operarse repetidas veces de la nariz, evitar todo contacto, etcétera), en tanto que la propia incorporación termina con una guerra interior, las más de las veces, innecesaria.

Para terminar, diremos que es muy importante no influir en el paciente sobre la con-

cepción que debe (o no) tener de su dolor. Antes al contrario, ha de ser aquel quién lo dote de sentido dentro de su sistema creencial, aunque a nosotros nos parezca absurdo o erróneo. Nuestra labor ha de consistir en facilitar que el consultante logre aportar sentidos (propios) a la vivencia, mientras nos abstenemos de cualquier crítica del material (lingüístico) que emplea en su nueva construcción.

En la figura 1 presentamos un esquema de los diferentes fenómenos que se asocian al dolor.

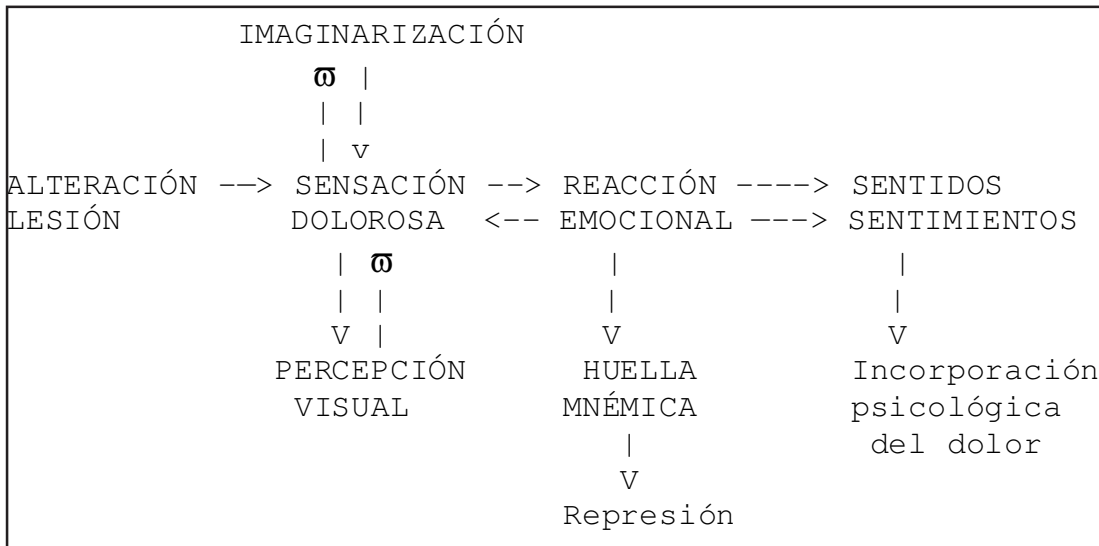


Figura 1

Conclusiones

Las páginas precedentes nos han servido para estudiar el dolor en los pacientes que presentan este molesto síntoma y que acudieron, por una razón u otra, a consultar al psiquiatra. Algunos de ellos siguieron tratamiento psicoterapéutico que les benefició bastante

a la hora de aceptar/asumir el dolor, cumpliendo con aquello que predicaba Anatole France: "sabiendo sufrir, se sufre menos".

El dolor se reveló ante nosotros como un conglomerado de experiencias difícilmente separables, pero una labor analítica, llevada hasta sus últimas consecuencias, hizo que saltaran a la vista sus múltiples elementos. Aho-

ra nos explicamos por qué los autores clásicos fracasaron a la hora de definir estas manifestaciones somáticas, ya que pretendían captarlo solo en su dimensión física y, por si fuera poco, carecían de las herramientas (psicológicas) apropiadas de análisis. En este contexto, el "psicoanálisis estructuralista" defendido por Lacan⁽¹⁰⁾ nos aporta algunas de ellas, aunque este autor no pareció interesarse por este síntoma.

Lo hallado aquí va mucho más allá de pensar en una simple sensación, que sigue una serie de vías nerviosas y llega al cerebro; eso es territorio de neurólogos y a los psiquiatras no nos incumbe. Más allá, el dolor puede considerarse una vivencia arrebatadora para quién la padece, que dispara mecanismos mentales de contención de diferente envergadura, más o menos exitosos. La "imaginarización" procura crear representaciones icónicas subjetivas, pero que pueden desbordarse también, dando lugar a distintas fantasmagorías interesantes de estudiar, a las que el propio psiquiatra tiene que poner freno en sus intervenciones.

Tal vez el factor más importante de cuántos tratamos sea la activación de las emociones, de modo tal que se forma un conglomerado "sensación-emoción" y, a tanto llega, que en numerosos textos que abordan este tema, no se sabe muy bien a cuál de los dos se refiere. Aquí nos interesa bastante separarlos, dado que en el tratamiento psicológico hay que "dar al César lo que es del César", para poder operar convenientemente; en efecto, la calma emocional es un factor básico para hacer descender el umbral doloroso y así mejorar al paciente.

No debemos dejar de entender el dolor como fenómeno "intersubjetivo", lo que da al traste con todas las teorías más biologicistas sobre el dolor, ya que éste se enclava en la

relación con el "otro" y tiene que ver con las producciones verbales que tienen lugar en ese encuentro. Significa que las expresiones del "otro" pueden ser sustanciales en la reacción emocional del afectado y también al contrario: las expresiones propias del dolor pueden movilizar al prójimo en distintos sentidos.

El dolor crónico plantea dos nuevos retos a su portador: uno de ellos se refiere a dotarlo del sentido que en realidad no tiene y otro de englobarlo en la propia estructura subjetiva, y es ahí donde conectamos el sentimiento. Ambos forman otro conglomerado ("sentimiento-significado") que no siempre aparece, pues tiene que darse un aparato mental que metabolice el dolor psicológicamente. Solo en el caso de que esto se de, el sujeto puede quedar enriquecido; en caso contrario, el paciente se empobrece al caer prisionero de un displacer aumentado por el desbocamiento emocional, confirmando entonces lo que decía Leriche: "El dolor, siempre inútil, empobrece al hombre. En poco tiempo hace del espíritu más luminoso un ser acorralado, replegado sobre sí mismo, concentrado sobre su mal, constantemente obseso por temor a que el dolor vuelva".

El bloque "sentimiento-sentido" aporta al fenómeno una nueva dimensión, pues queda inscrito en el corazón mismo de la personalidad. Cuando eso ocurre, todo cambia, ya que quién lo sufre se encuentra más calmado y puede afrontarlo con bastante más serenidad. La psicoterapia que realizamos pretende llevar a estas personas por el camino que va desde la "sensación-emoción" hasta el "sentimiento-significado", ayudándola a hacer construcciones psicológico-representacionales sobre esta experiencia, que toman un carácter significativo y que van desde el reconocimiento y aceptación del dolor, hasta nombrarlo e insertarlo psicológicamente. Con esto se pre-

tende lograr aquello que Dostoiewsky decía en *Crimen y castigo*: "El verdadero dolor, el que nos hace sufrir profundamente, hace a veces serio y constante hasta al hombre irreflexivo; incluso los pobres de espíritu se vuelven más inteligentes después de un gran dolor".

Bibliografía

1. Sontag S. *Ante el dolor de los demás*. Madrid: Alfaguara, 2003.
2. McCracken L.M.; Eccleston C. Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain* 2003, 105 (1-2); 197-204.
3. Lopez Ibor J. J. *Enfermedad, dolor y sufrimiento*. Noticias médicas, 1970.
4. Barcia D. El dolor y el sufrimiento humano. *Psiquiatría Dinámica y Psicoterapia*, 1989, 1, (1), 11-18.
5. Alonso Fernández F. *Psicología Médica y Social* (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
6. Buytendijk F. J. *El dolor*. Madrid: Revista de Occidente, 1958.
7. Jünger E. *Sobre el dolor*. Barcelona: Tusquets, 2003.
8. Lacan J. *Escritos* (2 vols.). Madrid: Siglo XXI, 1977.
9. Miller J.A. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
10. Lacan J. *Escritos* (2 vols.). Madrid: Siglo XXI, 1977. Lecturas recomendadas.
 1. Duras M. *El dolor*. Barcelona: Alba, 1999.
 2. Gurméndez C. *Breve discurso sobre el placer y la alegría, el dolor y la tristeza*. Madrid: Libertarias, 1987.
 3. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral, 1999.
 4. Lewis C.S. *El problema del dolor*. Madrid: Rialp, 2001.
 5. Mounier E. *Cartas desde el dolor*. Madrid: Encuentro, 1998.
 6. Pontalis J.B. *Entre le rêve et la douleur*. París: Gallimard, 1983.
 7. Schopenhauer A. *Sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir*. Madrid: Tecnos, 1999.