
Dor "psicogênica". Mito ou realidade?

Dirce Maria Navas Perissinotti *

No contexto atual do desenvolvimento da ciência, o funcionamento psicofísico não pode mais ser considerado através da dicotomia dualista da compreensão dos fenômenos do humano. A parêntese físico, de um lado, e psíquico, de outro, não sustenta nem justifica o conteúdo das manifestações do fenômeno do adoecer. Atualmente, o que pode ser investigado ou medido, não pode nem deve ser interpretado separadamente. Passamos a urna nova fase de compreensão do fenômeno do adoecer: a da existência de urna composição suplementar. O fenômeno do adoecer requer interpretação de suplência entre suas diferentes dimensões, pelo menos, nas psicofísicas.

A transmissão neuronal implica representação mental. O registro de todas as informações obtidas do meio acumula-se na memória, e põe à disposição do indivíduo urna gama de recursos que permitem a solução de seus problemas. O conjunto de informações armazenadas na memória, recebe urna montagem peculiar em decorrência de urna série de variáveis: ambientais, genéticas, biológicas, sócio-culturais, entre outras. O arranjo entre essas variáveis ocorre a partir e de acordo com as experiências vividas e o sentido, o significado que essas experiências proporcionam ao indivíduo, decorrendo, como conseqüência, o sentido, a significação, a estruturação significativa - conscientes e inconscientes - idiossincrásica que cada indivíduo, com suas características congênitas, mnêmicas, cognitivas, afetivo-emocionais, traduz, gerando atitudes e conseqüências psicocomportamentais. O significado idiossincrásico atribuído à dor é resultado de urna série de pontos articulados entre essas variáveis e características que se interseccionam. As atitudes explícitas, observáveis, os comportamentos manifestos são o que o observador pode ver, compreender e, na maior parte das vezes, inferir sobre o que observa.

A conceituação de Engel¹ (psicanalista) sobre o fenômeno dor é o de urna sensação que surge quando os receptores periféricos são estimulados e é transmitida, via fibras nervosas próprias, até o tálamo, onde é percebida e experienciada; o estímulo é percebido e experienciado diferentemente por cada um, de acordo com sua disposição (ou pré-disposição). Afirma, ainda, que o fenômeno dor é urna *fenômeno psicológico*, pois a dor não existe sem a operação de mecanismos psíquicos, que ocorrem como suporte para identificar suas propriedades, permitindo sua percepção. Não há dor sem a participação dos altos centros nervosos e seu desenvolvimento, ao encaminhar-se pelo sistema nociceptivo, tem a função de proteger o organismo, (corpo-biológico e corpo-simbólico). Da mesma forma, não há dor sem a participação dos fenômenos psicológicos que a ela se associa.

Melzack², em sua *Gate-Control Theory of Pain*, afirma que os subsídios para a compreensão da dor psicogênica residem: a) na influência dos processos psicológicos na percepção e resposta à dor; b) no fenômeno clínico da somação têmporo-espacial, c) na expansão da área sensibilizada pela dor após a cura da lesão.

A teoria da comporta³ afirma que os processos psicológicos, assim como as experiências passadas, da atenção e emoção influem na percepção e resposta à dor, "agindo" no mecanismo de comporta espinal. "Algumas dessas atividades psicológicas devem abrir a comporta e outras fecham"⁴. Considera que, em alguns casos, a mera verbalização assegura o término, do encarceramento do processo doloroso e propicia alívio total da dor. Portanto, a presença da dor pode ser determinada por necessidades psicológicas pessoais fortes. Esse modelo sugere que a ocorrência de dor é modificada por processos psicológicos que agem no sistema de comporta: modulando a dor. Sabidamente, sofrimento e comportamento doloroso podem manter-se na ausência da nocicepção. Uma lesão, ao prolongar-se além do tempo necessário para sua cura, produz urna processo de sensibilização do Sistema Nervoso⁵ e, por sua vez, reação bio-psicocomportamental. Segundo Teixeira⁶, na dor crônica, há relação inversamente proporcional entre os fatores sensitivos e

psicocomportamentais em função do tempo. Quanto mais se estende no tempo, mais os fatores sensitivos são substituídos pelos psicocomportamentais.

De acordo com a concepção disposta acima, a dor crônica é um processo e não acontece independentemente. Chamaremos de "processo doloroso". Percebemos um encadeamento entre os aspectos biofisiológicos, os afetivos e psicocomportamentais que dispõem, facilitam, propiciam, incrementam e desencadeiam os estados de dor, sofrimento e de comportamento doloroso. Os afetos gerados através dessa condição retroalimentam-se, acabando por generalizar o sentido de ameaça à integridade física e psicológica.

Freud⁷ considera que a dor física resulta da irrupção violenta de grandes quantidades de energia que atinge o centro do eu, onde se situam os neurônios da lembrança, ou seja, em estado inconsciente. "A dor no corpo se inscreve no inconsciente", diz ainda. Dor é sempre um afeto⁸, porque é o modo como ocorre a apreensão, pela consciência, das sensações e percepções do mundo. Apreendemos as "coisas" do mundo externo e/ou interno de modo diverso, em momentos diferentes.

Quando escutamos a expressão "dor psicogênica", logo, quase imediatamente, vem-nos a associação com sintomas factícios ou simulatórios. É bastante comum esta associação. Porém, encontramos inúmeros dados e, alguns até imprecisos, sobre o conceito de psicogenia. Nada é psicogênico e nada é organogênico em si mesmo. Na atualidade, a unicausalidade já está definitivamente descartada.

A necessidade de viver dramaticamente num estado crônico, como alude o autor acima, não se refere necessariamente a um processo deliberado, factício ou simulatório.

As tentativas didáticas, como as que encontramos nas teorias "psicossomáticas", somente para citar uma dentre muitas, revelam que a unicausalidade não retrata isoladamente o fenômeno do adoecimento. A multicausalidade, multimodalidade, multidimensionalidade é o que permeia e determina o processo de adoecer. Ao tratarmos um doente com dor crônica, trataremos a "doença" de base que eliciou o processo de cronificação. Mas, só isso não levará à cura do processo doloroso. O que ultrapassa (vai além, excede) o tempo necessário para a cura da doença é que, também, deve ser tratado. O que excede à condição da lesão propriamente dita, as condições estruturais (funções e processos mentais e emocionais) formadoras da vida mental, a comorbidade e as condições secundárias, como num colapso, promovem um processo de aderência (fixação) entre o significado objetivo da dor e os significados idiossincrásicos subjetivos das representações mentais.

O conceito de psicogênese refere-se, assim, à psicogenia, psicogênico⁹, à origem psíquica. Etimologicamente, a dor psicogênica seria aquela em que, na sua origem, o estímulo psíquico estaria responsável por seu eliciar. Porém, teórica e praticamente, o conceito de dor psicogênica não deve ser traduzido segundo somente a esse princípio. Há necessidade da distinção conceitual objetiva para sua melhor compreensão. Localizaremos, por ora, o sofrimento como o correlato à dor psicológica e psicogênica.

"Não há corpo desalmado e nem uma alma desencarnada", diz Figueiró¹⁹. O psiquismo não existe separado do físico. Não existe uma condição psíquica independente da biológica. A energia psíquica advém do funcionamento biológico. Essencialmente, o psíquico é orgânico^{11,12}. Ao longo do tempo, fatores estressantes moldam, dando forma particular a cada individualidade, e desenvolvem-se pelas representações mentais, significações idiossincrásicas, através do arcabouço histórico e sociocultural.

Freud, em "*Além do Princípio do Prazer*"(1920)¹³, faz algumas referências acerca do fenômeno doloroso, dizendo que o desprazer específico e penoso que acompanha a dor física resulta, também, do enfraquecimento dos mecanismos psíquicos para enfrentar as situações adversas, pois as excitações, derivadas das sensações periféricas enviadas ao

Sistema Nervoso Central, retomam para o indivíduo como se tratasse de excitações que tiveram sua origem no interior do aparelho mental. Prossegue, afirmando que:

"Um acometimento traumático como um traumatismo exterior (lesão) produzirá sempre uma grave perturbação na economia energética (energia psíquica) do organismo e mobilizará todos os meios de defesa. Mas, é o princípio de prazer que será o primeiro a ser posto fora de combate".

É o que hoje encontramos confirmado pelas descobertas das Neurociências.

O princípio de prazer é uma das características que rege o funcionamento mental. A atividade mental, em seu conjunto, tem por objetivo evitar o desprazer e buscar, proporcionar, o prazer. Ao lado desse princípio de funcionamento mental surge o princípio de realidade que se coloca como regulador, mediador, entre o impulso psíquico interno e o que a realidade externa apresenta.

O Eu, embora miscigenado com sensações do organismo, busca, inconscientemente, abastecer-se de defesas correspondentes ao efeito quantitativo do trauma (psíquico) do inesperado, como uma contra carga, mesmo que, para deslocar, não investir a força necessária para equilibrar-se, empobrecendo os demais aspectos da vida psíquica.

"O eu é o corpo"^{15,16}. Dois conceitos fundamentais, o real e realidade psíquica, destacam-se no panorama, clínico. A realidade psíquica não é necessariamente o real, porém, a realidade psíquica se constitui do real do corpo biológico.

A ameaça à integração é percebida como desintegração do Eu e da realidade psíquica. Surgem sensações, sentimentos de *estranhamento* afetivo, e a lesão dolorosa de uma parte do corpo passa a ser percebida como uma dor externa ao Eu¹⁷, à realidade psíquica, externa ao indivíduo, não sendo reconhecida como própria, pertencente à sua condição própria da vida atual, adotando conotação de irreal e, talvez, de ilusória, de alucinada.

Figueiró escreve acerca da cronificação:

"Alguns pacientes procuram manter a cronicidade da doença com a finalidade de obter cuidados que, fora do ambiente médico-hospitalar não obteriam, ou por sentirem necessidade psicológica de viver dramaticamente num estado crônico"¹⁸.

A necessidade de viver dramaticamente num estado crônico, como alude o autor, não se refere necessariamente a um processo deliberado, factício ou simulatório. A dor, desta feita, acontece numa dimensão que chamaremos de mítica.

Os mitos, nas diferentes culturas, têm a função organizadora e normatizam condutas, significados para a existência, e agregam um conjunto de valores que servem de base para as relações do homem consigo mesmo e com a natureza. Através dessa significação valorativa da realidade vivida pelos antepassados, e não simplesmente para narrativa de uma história, as sociedades organizam-se de uma etapa mais primitiva para construir o pensamento mais refinado e, se assim podemos dizer, mais evoluído.

Segundo Eliade¹⁹, os mitos seriam o resultado dos sofrimentos impostos pelos acontecimentos históricos dos seres humanos.

Para os diferentes povos, os mitos não são fabulações vãs, ao contrário, são realidades vivas a que se recorre constantemente. Não é uma teoria abstrata ou fantasiosamente artística, mas uma verdadeira codificação da religiosidade primitiva associada à sabedoria prática. A ontogênese contém a filogênese e, individualmente, desenvolvemo-nos à semelhança da evolução da espécie. Individualmente construímos e repetimos igual estrutura de organização do pensamento.

A função organizadora do mito ocorre do mesmo modo na estruturação da vida psíquica. A ficção construída a partir da realidade material também tem função organizadora pessoal. A construção de mitos individuais (e/ou familiares), ao longo da vida,

refere-se à necessidade de reestruturação e avanço evolutivo no sentido de uma maturidade da vida mental²⁰. Ancora, fixa, funda, enraíza e assenta os "pilares" do arcabouço estrutural da edificação da individualidade. A ficção criada pode, deve e faz com que todo o conteúdo da realidade psíquica esteja a serviço da manutenção do afastamento da angústia²¹... Criamos mitos com os quais e pelos quais erigiremos nossa história cultural e individual.

A memória, seja episódica, semântica, explícita ou implícita, de curto ou de longo prazo, cultural, histórica, genética, neuronal ou sináptica, será sempre autobiográfica, pois é/está "enviesada" pelos conteúdos ficcionais da realidade criados para fixar o mundo psíquico. Os conteúdos mnêmicos estão sempre a serviço da reconstrução da história individual e, de acordo com a plasticidade da memória recontada, a dor tem sempre novas traduções. O crivo imposto pela capacidade plástica da memória da dor reinventa novos e novos mitos sobre a existência e a dor de existir, cabendo ao profissional desvelar as atuais demandas relacionadas à (pato)plasticidade da dor.

Nos povos primitivos os mitos, transmitidos e mantidos pela força da tradição, procuram observar as características de reedição do evento, de evitar o novo e de proteção contra as ameaças externas. Do mesmo modo, ocorre individualmente. As percepções que ternos da realidade e o estilo habitual de enfrentar situações do cotidiano são construções decorrentes do significado simbólico de mitos individuais. A realidade psíquica individual é uma construção à semelhança dos mitos nas culturas. Procura manter fora da consciência o que sente, pensa, e atua sob o efeito unicamente das experiências passadas, pois o que parece mais familiar é menos ameaçador. Buscar reeditar sucessos passados, mesmo que, em situações somente aproximadas, na esperança de obter a mesma satisfação de outrora, é uma das metas²⁶. Por vezes, comportamentos exacerbados de evitamento de assumir responsabilidades familiares e/ou no trabalho, abusos de uso dos serviços de assistência à saúde, exagerado comportamento doloroso e a não adesão aos tratamentos referem-se a esquemas desse tipo.

Toda experiência psíquica de si mesmo é uma ilusão, é um mito, à medida em que existe uma afinidade representativa entre o objeto percebido e o idealizado, independentemente de condições da realidade objetiva. Este é um processo natural distinto das noções de ilusão utilizadas na Psiquiatria.

Laplace e Pontalis²² interrogam-se: "por que o neurótico iria repetir até a alucinação uma dor (física e/ou psíquica) que se define como aumento de carga (tensional psíquica) se a função do aparelho é evitar qualquer aumento de tensão?" Respondem: Existe um paradoxo econômico da dor, a dor física - violação do limite corporal - deveria ser aceita como um modelo de agressão interna que pressiona ou força (pulsão) e faz tender o organismo para um alvo.

A "vivência da dor"²⁴ é a vivência da angústia. A vivência da dor física é a vivência da angústia de aniquilamento. A energia psíquica associa-se a representações, investindo algumas delas de modo especial. Em muitos casos, a angústia de aniquilamento é tal, que não resta qualquer condição para que seja possível, mesmo que precariamente, um investimento em outro sentido, em outro objeto.

Lagache²⁵ diz que "o organismo estrutura o seu meio ambiente e até a percepção dos objetos em função dos seus interesses vitais, valorizando, no seu meio, determinados objetos, determinado campo, determinada diferença perceptiva (Umwelt)". Para que haja preservação desses "interesses vitais" (inconscientes) é que, em alguns doentes, há ausência do acometimento físico que justifique a dor. Os auto-relatos contêm manifestações de dores reais da existência. A angústia vivida, mesmo que a dor objetiva não tenha atingido grau máximo, traduz a vivência de dor. Experimentar a angústia de aniquilamento, cujo estado de limite, de extremada tração de tensão próxima ao rompimento, ao esgarçamento, cisão total, despedaçamento, ameaça, destruição, resulta em

dispor de pouca quantidade de energia livre para investir em representações que resultem na efetiva elaboração e enfrentamento de momentos traumáticos.

O campo da realidade psíquica, campo que não se refere à realidade objetiva, mas aquilo que, para cada indivíduo, assume valor representativo da realidade, é que desempenha o papel principal e dominante. A realidade externa é "substituída" pela montagem plástica da realidade psíquica através do mito individual, convocando acirradamente as defesas psíquicas a entrarem em ação.

O sentido dos sintomas objetivos suporta em si o sentido subjetivo. O importante é que todo sintoma está impregnado de um segundo sentido que se acha "estretamente entrelaçado com a vida psíquica"²⁶ do enfermo, colaborando, para isso, os conteúdos plásticos da memória genética, neuronal, sináptica, cultural, histórica, cognitiva episódica, semântica, explícita ou implícita, de curto ou de longo prazo, portanto, autobiográfica.

A percepção do processo nociceptivo é sujeita às "montagens" da memória autobiográfica²⁷. As representações mentais recebem diferentes atribuições e significações, a qualificação, adjetivação e associa-se àquela que capta melhor a sensação do desespero e angústia. Constrói-se a reação à perda da integridade psíquica diante do acometimento traumático dor, absorvendo vários aspectos da vida do doente: físico, psíquico, social, conjugal, vocacional, sexual. Por isso que em muitos casos, além da visível dor, observamos, um esvaziamento vital interpretado como anedonia e/ou sintoma depressivo. Refere-se à dificuldade em lidar e manejar a angústia eliciada pelo impacto da irrupção da dor por falta de condições estruturais psíquicas para um melhor enfrentamento.

Certamente, o manejo clínico-farmacoterápico da depressão é importante, porém, não único. É preconizado que, além das intervenções psicofarmacoterápicas, as que visam a reconstrução do Eu e dos investimentos libidinais, sejam adotadas para que a união de esforços se traduza em maior eficácia dos tratamentos de doentes com dor crônica.

A dor psicogênica é a um só tempo:

- Um mito necessário à reconstrução e elaboração do trauma decorrente do esgarçamento provocado pela angústia que o sintoma doloroso promove, e que se estende além da lesão tecidual.
- Não é um mito, mas uma realidade que decorre naturalmente dos mitos que os indivíduos constroem a partir de suas realidades psíquicas. São ficções cuja função é fixar, estabilizar e organizar a vida psíquica, além de preparar o indivíduo para o enfrentamento dessas situações adversas.
- Uma realidade, sem a qual - uma vez desprezada a dimensão mítica do humano - não haverá acesso à realidade psíquica do fenômeno doloroso.

Referências

1. ENGEL GL "Psychogenic" pain and pain-prone. American Journal of Medicine, 1959. In: GRZESIAK, RC Psychological Vulnerability to Chronic Pain. Ed. Springer. 1994, 180.
2. MELZACK R, WALL P The challenge of Pain. England: New York Basic Book, 1976, 153.
3. MELZACK R, WALL P The challenge of Pain. England: New York Basic Book, 1976, 171-172.
4. idem 3.
5. TEIXEIRA MJ Fisiopatologia da Dor. Rev. Med., São Paulo, 1995, v. 76 (1), p-7-20, 1997.
6. TEIXEIRA MJ pronunciamento oral.
7. FREUD S Mas Alla del Principio del Placer. In: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 2507-2541.

-
8. NASIO JD O livro da dor e do amor. São Paulo, Jorge Zahar, 1997, 21-22.
 9. FERREIRA ABH Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2a. Ed. Revisada e Ampliada, Ed. Nova Fronteira, 1986.
 10. FIGUEIRÓ JAB Comunicação verbal.
 11. FREUD S Una relación entre un símbolo y un síntoma, 1916. In: Obras Completas :trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Braceiona, España, 1972, 2431-2432.
 12. FREUD S Ejemplos de cómo los neuróticos revelan sus fantasías patógenas, 1910 . In: Obras Completas :trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 1575-1576.
 13. FREUD S Mas Alla dei Principio del Placer. in: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 2507-2541.
 14. idem 13.
 15. FREUD S Análise terminável e Interminável, 1937. In: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 3330-3364.
 16. FREUD S Projeto de uma psicologia. Trad. Gabbi Jr OF, Rio de janeiro, Imago, 1995.
 17. NASIO JD O livro da dor e do amor. São Paulo, Jorge Zahar, 1997, 47-52.
 18. FIGUEIRÓ JAÉ Texto: "Psicologia do Doente Crônico' apresentado no Congresso de Acupuntura da Sociedade de Medicina e Acupuntura, dezembro de 2000, São Paulo.
 19. ELIADE M Mito e realidade, São Paulo, Perspectiva, 1972.
 20. AZOUBEL NETO, D Mito e Psicanálise: Estudos psicanalíticos sobre formas primitivas de pensamento. Campinas, Papirus, 1993.
 21. LACAN J Le Séminaire 9 - L'identification. Texto reproduzido pela Escola Brasileira de Psicanálise, cópia da transcrição de J.-A. Miller, 1960.
 22. AZOUBEL NETO D Mito e Psicanálise: Estudo psicanalíticos sobre formas primitivas de pensamento. Campinas, Papirus, 1993.
 23. LAPLANCHE J PONTALIS J-B Vocabulaire de la Psychanalyse. Press Unniversitaires de france, Paris, 1970, 155.
 24. FREUD S Projeto de uma psicologia. Trad. Gabbi OF, Rio de janeiro, Imago, 1995.
 25. LAGACHE D La Psychanalyse. Paris, Préss Universitaires de France, 1978, 77- 83.
 26. FREUD S El sentido de los sintomas Leccion XVIII - Teoria General de las neuroses 1916-1917. In: Obras Completas, trad. Luis Lopez-Ballesteros e Torres, Biblioteca Nueva, Barcelona, España, 1972, 2282-2292.
 27. PERISSINOTTI DMN Memória, Memória Autobiográfica e, Dor Crônica: Revisão Bibliográfica, 1999, No prelo.

* Psicóloga e Coordenadora dos Psicólogos no Centro Multidisciplinar de Dor da Clínica Neurológica do ICHC - FMUSP pela Divisão de Psicologia do ICHC - FMUSP; Psicanalista da Escola Brasileira de Psicanálise/Seção São Paulo; Profa. Convidada da PUC-COGEAE/SP; Pós-graduanda pela FMUSP.