

EFEITOS PSICOLÓGICOS DA DOR (*)

DR. MANOEL ANTÔNIO ALBUQUERQUE (**)

AP2886

Não há sintoma tão freqüente como a dor, que faz parte da maioria dos quadros patológicos e também atinge a pessoas normais. Por esta razão apresenta-se na clínica de forma extremamente variável. Esquemáticamente, seus efeitos psicológicos variam:

I — Em função da PRÓPRIA DOR:

- a) suas **CARACTERÍSTICAS**: 1) intensidade; 2) qualidade; 3) duração; 4) início; 5) evolução.
- b) sua **SEDE**: 1) localizada ou não (as dores intensas e duradouras tendem a generalizar-se); 2) a importância que se atribui a seu ponto de origem real ou aparente.
- c) seu **PROGNÓSTICO**: a ameaça que representa ou o paciente julga representar.

II — Em função da PERSONALIDADE de quem sofre:

- a) sua **CONSTITUIÇÃO**: os ectomórficos, hiperestésicos sofrem mais com a mesma dor;
- b) seu **PASSADO**: 1) as vivências infantis condicionam padrões de reação muito variáveis; 2) as experiências de dores intensas anteriores.

(*) Trabalho apresentado na I Jornada Sul-Brasileira de Anestesiologia, durante a mesa redonda sobre "Níveis de Consciência e Dor". — Porto Alegre, RGS, abril de 1962.

(**) Instrutor da Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da URS. Professor de Psiquiatria Forense do curso para Médicos Legistas da Escola Superior de Polícia e Psiquiatria Forense, Porto Alegre, RGS.

- c) as FANTASIAS INCONSCIENTES que a dor mobiliza.
- d) o ESTADO ATUAL do paciente: o medo e o esgotamento agravam as dores.

III — Em função do AMBIENTE:

- a) se a pessoa está só, acompanhada ou em público;
- b) se a dor é partilhada pelos outros, como nas catástrofes, ou apenas testemunhada;
- c) se e de que forma, o sofrimento é valorizado (penitências religiosas, ferimentos em combate, torturas policiais, etc.);
- d) se as circunstâncias permitem ou impedem, facilitam ou dificultam a reação de quem sofre.

Com êste esquema eu não viso abranger tôdas as possibilidades nem esgotar o assunto, apenas dar uma idéia de sua complexidade.

Veiamos agora o que há de COMUM NA GRANDE MAIORIA DAS DORES, entrando no terreno espinhosíssimo da conceituação. Em primeiro lugar, a dor é um SINAL DE PERIGO. Porisso quase sempre ultrapassa os limites da percepção pura e simples, afetivamente neutra. Distingue-se, por outro lado, da dor moral — ansiedade, sentimento de culpa, pesar, etc. — que prevê, teme ou lamenta um ataque a objetos psicológicos. A dor física é causada e constitui aviso de uma ameaça a continuidade corporal: dano a tecido, órgão ou função. Quem teme perder uma parte do corpo está muito próximo de ver em perigo tôda a sua integridade. Na linguagem do inconsciente, portanto, as dores contém, mais ou menos remotamente, a perspectiva da morte. É por isso que são sempre sentidas como anormais, doentias. Daí resulta a tonalidade desagradável das dores, o sofrimento que as caracteriza e os impulsos agressivos que despertam.

Para não entrar em discussões sôbre a teoria do prazer e do desprazer, menciono apenas que as sensações dolorosas produzem aumento da tensão intra-psíquica e que esta causa desprazer. A descarga de tensão, necessária para minorar ou eliminar o sofrimento, pode ser motora ou psíquica. Noutras palavras, o organismo luta por anular o estímulo nocivo, afastá-lo ou subtrair-se a êle, adotando formas de conduta simples e complexas que vão desde o arco reflexo até procurar um médico e submeter-se a tratamento. As mais simples e primárias, estudadas pela neurologia clássica, são denominadas des-

cargas motoras. As reações mais complexas, moduladas e adaptáveis às circunstâncias constituem a reação psicológica à dor, objeto de minha participação nesta Mesa Redonda.

O seu estudo apresenta dificuldades práticas tão sérias que, apesar de ser a dor uma das razões da existência da Medicina de todos os tempos, ainda hoje se conhece muito pouco sua verdadeira repercussão sobre a personalidade humana.

O primeiro obstáculo é a possibilidade de perversão da dor. Não me estenderei sobre o masoquismo, a catatonia e as analgesias histéricas, hipnóticas e sugestivas para não me afastar demasiado do tema. Recordo apenas um exemplo, publicado em janeiro passado no "Psychosomatic Medicine", onde o autor concluiu que a dor, acalmando os sentimentos de culpa, era a responsável pelo sucesso que o paciente tinha nos negócios. Curado o sofrimento, que o atormentava por vinte e cinco anos, o homem perdeu a fortuna, embora tivesse o consolo de inaugurar um período de paz e tranqüilidade, para si e para a família.

A segunda dificuldade para o estudo psicológico das dores consiste no fato de que as mais fortes acometem a pessoas que sofrem outros sintomas graves, no próprio sistema nervoso, como na tabes e nas nevralgias, ou noutros órgãos como nas neoplasias inoperáveis.

O progresso da Medicina deve muito aos erros e aos enganos. Daí a esperança de alargar os conhecimentos estudando os casos de pacientes operados com anestesia insuficiente. Dentro da minha especialidade eu posso lembrar apenas duas dificuldades para o aproveitamento deste material de estudo.

Como em geral tais pacientes estão curarizados, é preciso ter em conta que a ausência da reação motora dificulta muito o reconhecimento da dor pelo próprio paciente. Por outro lado, as doses, mesmo pequenas, de barbitúricos enfraquecem o ego, facilitam a emergência do inconsciente e conferem um caráter quase psicótico, delirante e alucinatório às percepções dolorosas. Isto não diminui o sofrimento, talvez o aumente, mas sim a possibilidade de recordação consciente.

Quando um operado diz que não recorda ter sofrido dores no ato cirúrgico ou que as percebeu sem padecimento, é preciso ter em mente que a dor é um dos conteúdos mentais que reprimimos com maior intensidade. Jones chama a atenção para a quasi impossibilidade de recordarmos uma dor. Qualquer dos presentes pode comprovar este fenômeno. Basta que tente lembrar a última dor forte que sofreu. O mais provável é que apenas consiga memorar os aspectos intelectuais da mesma, isto é, que teve uma dor, se era forte, a que causa se devia, as providências que tomou, etc. A dor mesmo, com seus aspectos emocionais, não voltará à memória.

Por último, quero expressar a minha convicção de que o número de anestésias insuficientes não pode ser julgado pelas queixas dos pacientes. A maioria das pessoas que passaram por tal experiência terão grandes dificuldades emocionais em relatá-la ao anestesiolegista e mesmo ao cirurgião. Aos motivos de conveniência social ajuntam-se as inibições, devidas à grande raiva que sentiram.

Voltaram-se então os pesquisadores para outro campo onde os efeitos da dor se mostravam mais acessíveis e menos distorcidos, porque o sintoma dor era produzido pelo próprio homem, deliberadamente, em pessoas não anestesiadas. Condições tão favoráveis, quasi experimentais, foram encontradas nas torturas policiais. Infelizmente não precisaram buscar os elementos em épocas primitivas, pois até hoje suplicios são utilizados para obrigar um homem a fazer ou dizer o que não quer. Diga-se de passagem, não é outra coisa, embora em grau muitíssimo atenuado e com intenções totalmente diversas, que fazemos ao dar um beliscão ou uma palmada em nossos filhos: produzir o sintoma dor para que submetam suas vontades à nossa.

Além das torturas policiais, os cientistas alargaram os nossos conhecimentos em experiências com voluntários selecionados que eram submetidos a toda a sorte de testes simultaneamente com dores intensas e duradouras. O resultado coincidiu em ambos os métodos e pode ser resumido da seguinte forma.

Do ponto de vista neurológico se pode dizer, com Chaurchard que "a dor perturba toda a atividade do cérebro". Lawrence Hinkle Jr. descreve um verdadeiro "brain syndrome", isto é, um síndrome de disfunção cerebral, equiparável clinicamente aos produzidos por lesão cerebral. Difere apenas por ser funcional e reversível.

Semiologicamente podemos descrever o seguinte quadro: perda da capacidade para as atividades mais altamente criadoras como compreender ideias abstratas, distinguir o essencial do acessório, achar o nexo em situações complexas, utilizar os próprios conhecimentos para resolver problemas novos, etc. A dor prejudica sensivelmente a velocidade e a eficiência para as tarefas habituais e interfere na apreciação do tempo, a ponto de causar desorientação. As pessoas que sofrem fisicamente deixam, aos poucos e, naturalmente com variações individuais, de se preocuparem com ideias altamente hierarquizadas como a honra, a exatidão, o decôro, a retidão moral, a salvaguarda do bom nome e do prestígio, a preocupação com os sentimentos dos outros. A memória falha, a aparência nessoal e o apuro no falar se deterioram. O julgamento se torna menos agudo. É a isto que os policiais suplicidores

chamam de "quebrar o orgulho", "amolecer um homem". Para fazê-lo falar, suprimem, com a dor, seus aspectos mais civilizados e socialmente valorizados.

Até aqui falamos nos sintomas de déficit. Há, entretanto, uma reação psicológica, homóloga da reação muscular, que depende da constituição da pessoa, seu passado, suas motivações atuais e os meios de que dispõe para reagir.

Todos os sintomas podem ser compreendidos se os enfiarmos no denominador comum que é o *enfraquecimento do ego*. A dor enfraquece o ego e este, debilitado, tem menos defesas contra o sofrimento. O fracasso dos mecanismos habituais acarreta uma regressão, isto é, o apêlo a mecanismos que foram úteis no passado mas que agora são arcaicos e emocionalmente dispendiosos. Por exemplo, a negação da realidade desagradável ou a repressão do sofrimento que causa. Nós já vimos que as dores são muito reprimidas. A consequência disto é que, em cada nova dor, a repressão falha parcialmente e nós sentimos cumulativamente tôdas as dores que estão recalçadas. É por isso que as dores muito fortes, em lugar de imunizar-nos, *acarretam maior sensibilidade dolorosa*, fazem-nos mais vis e temerosos.

Outro tipo de reação muito freqüente pode ser classificado como autismo: o paciente aumenta as preocupações consigo próprio, com a alimentação, o sono, o descanso e o conforto, em detrimento dos interesses alheios.

Os autores referem igualmente outras consequências, que já seriam de esperar pelo enfraquecimento do ego: a menor capacidade de canalizar e inibir os próprios instintos, com preponderância dos impulsos agressivos, acessos incontrolláveis de emoção, labilidade afetiva, irritabilidade, debilitamento da vontade, etc. Tudo com uma forte tonalidade de medo.

O sono é perturbado por sonhos angustiosos e repetidos. Às vêzes chega a ser interrompido e com freqüência não pode ser conciliado.

Mesmo o sono anestésico é perturbado pelas dores. Até os comas são sensíveis a estímulos suficientemente intensos.

São estes os efeitos da dor sôbre o psiquismo normal.

Quando encararmos os casos de *pacientes operados*, teremos de levar em conta algumas circunstâncias agravantes. Tôda a pessoa que procura médico o faz em atitude dependente e com tendência a regredir. A perspectiva de uma intervenção cirúrgica é sempre encarada com sérias apreensões. Nós sabemos que, muitas vêzes, o risco de vida é insignificante. O paciente, contudo, considera-se em perigo, teme os sofrimentos porque vai passar, inclusive a dor mas não só e'a, encara as chances de cura de forma ansiosa e investe grande carga afetiva no órgão a operar. A agressão cirúrgica, pelo

fato de ser sangrenta e devassar as entranhas do organismo é esperada com muito medo, embora dissimulado aos olhos do leigo.

A *anestesia*, como sono artificial, é sentida como um des-alecimento, um ir-se embora, desaparecer, ausentar-se da vida, morrer. Tôda a possibilidade de ressurreição fica entregue à habilidade do anestesiológico. É pois, indispensável confiar nêle e crer em sua técnica. A percepção de qualquer dor traz a impressão de que fracassou numa de suas missões e incentiva o mêdo de que falhe também nas tarefas vitais como a ventilação pulmonar e o despertar.

Por tôdas estas razões, é importantíssimo que o paciente não sinta qualquer dor no ato cirúrgico e muito aconselhável que também seja protegido antes e depois dêle. Creio que muitos pós-operatórios tormentosos se devem exclusivamente a dores que poderiam ser evitadas com facilidade.

Ao finalizar, caros colegas, desejo agradecer a minha participação nesta Mesa Redonda e a oportunidade de verificar que os anestesiológicos estão inaugurando uma nova fase da Cirurgia. O desenvolvimento da técnica e as preocupações com a tática levaram os cirurgiões, com exceções raríssimas, a descuidarem os aspectos psicológicos dos pacientes, muitas vêzes manipulados como bonecos inanimados. Constato agora que os anestesiológicos, após assumirem voluntariamente tantas responsabilidades na equipe cirúrgica, aceitam mais esta de zelarem pelos sentimentos e emoções dos pacientes. Compreende-se agora que não basta o eliminar a dor física durante a operação. É preciso evitar ou aliviar tôdas as formas de sofrimento causado ou desencadeado pelo ato cirúrgico, mesmo quando os efeitos são remotos e chegam a escapar à percepção do próprio paciente. Volta, pois a cirurgia, conduzida pelos anestesiológicos, à verdadeira Medicina Hipocrática.

RESUMO

Os efeitos psicológicos da dor são esquematizados em três grupos: a) em função da própria dor; b) em função da personalidade e c) em função do ambiente.

A dor física pode ser tentativamente conceituada como um sinal de perigo, aviso de uma ameaça à continuidade corporal. Na linguagem do inconsciente as dores contêm, mais ou menos remotamente, a perspectiva da morte.

O estudo da dor apresenta sérias dificuldades práticas, conhecendo-se muito pouco de sua repercussão sobre a personalidade. O estudo da dor em pacientes operados com anestesia insuficiente apresenta dois obstáculos: 1) a curarização, que dificulta o reconhecimento da dor e 2) o emprego de barbitúricos, que mesmo em pequenas doses enfraquecem o ego, conferindo um caráter quase alucinatório às percepções dolorosas.

O resultado das pesquisas sobre os efeitos psicológicos da dor podem ser condensados da seguinte maneira: 1) do ponto de vista neurológico há um verdadeiro síndrome de disfunção cerebral; 2) semiologicamente, há o enfraquecimento do ego,

acarretando uma regressão (por exemplo: negação da realidade desagradável, ausência de repressão do sofrimento, autismo, etc.), com uma forte tonalidade de medo.

Uma intervenção cirúrgica, por menor que seja, é sempre esperada com medo, pelo fato de ser sangrenta e devassar as entranhas do organismo. A anestesia, como sono artificial, é sentida como um desfalecimento, um "morrer", em que a possibilidade de "ressurreição" fica entregue à habilidade e à técnica do anesthesiologista. A percepção de qualquer dor é considerada como um fracasso numa das suas missões e incentiva o medo de que falhe também nas tarefas vitais, imprescindíveis à ressurreição".

Compreende-se pois, que não basta eliminar a dor física durante a operação, é preciso evitar ou aliviar tôdas as formas de sofrimento causado ou desencadeado pelo ato cirúrgico, mesmo quando os seus efeitos são remotos e chegam a escapar à percepção do próprio paciente.

S U M M A R Y

PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF PAIN

The psychological effects of pain may be classified into three main groups: A) those derived from pain itself; B) those related to the personality of the individual; C) those affected by the surroundings.

Physical pain may be defined, tentatively, as a sign of danger, a warning against a threat to the body. To the unconscious any pain contains, even through remotely, a prospect of death.

Pain research presents a number of practical difficulties. Very little is known about the effect of pain on personality. Studying pain in patients operated upon with inadequate general anesthesia is hindered even more due to the use of curarizing drugs, and barbiturates. The latter impair the physical means for recognizing pain and the last weaken the ego, changing the character of pain into unreality or hallucination.

The psychological effects of pain may be summarized as follows: 1) neurologically there is a weakening of the ego. This will lead to a regression of the mind (for instance: the denying of an unpleasant reality, the lack of sufferance, etc.) with a strong implication of fear.

A surgical operation, even though minor and safe, always involves certain amount of fear, as a consequence of the expected blood loss and the viewing of hidden organs. General anesthesia is an artificial sleep felt as a fainting spell, a "driving"; the expected "ressurrection" depends on the ability and technique of the anesthesiologist.

Any pain during anesthesia is considered by the unconscious as a failure of the anesthesiologist in one of his duties. The thought that he may fail also in other vital tasks necessary to accomplish "ressurrection", induces unsurmountable fear.

Thus, it is not enough to eliminate physical pain during surgery it becomes utterly necessary to avoid or alleviate all forms of suffering caused or induced by surgical treatment, even though their effects seem remote and not perceivable by the patient.

B I B L I O G R A F I A

- 1) Albuquerque, M. A.: Conseqüências Psicológicas das Anestésias insuficientes. Trabalho apresentado à II Jornada Sul Riograndense de Psiquiatria Dinâmica, 1962
- 2) Biderman, A. D. e Zimmer, H. — The Manipulation of Human Behavior, 1.ª Edição, New York. John Wiley & Sons Inc. 1961.

- 3) Brain, R. — The Physiological Basis of Consciousness. *Brain*. Vol. 81, III parte, pág. 426, 1958.
- 4) Chatfield, P. O.: *Fundamentals of Clinical Neurophysiology*, 1.^a Edição. Springfield, Illinois, USA, Charles Thomas Publisher 1957.
- 5) Chauchard, P.: *Les Mecanismes Cerebraux de la Prise de Conscience*, 1.^a Ed., Paris, Masson & Cie, pág. 98.
- 6) Cobb, S.: Muscle Relaxants and Pain Perception. *Anesthesiology*. 22:314, 1961.
- 7) Fenichel, O.: *Teoria Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires, Editorial Nova, 1957.
- 8) Fernandes, B.: Hipopatia nos Leucotomizados. *Neuropsiquiatria*. 2:(n.º 1), 1953.
- 9) Gelhorn, E.: *Physiological Foundations of Neurology & Psychiatry*, 1.^a Ed., Minneapolis, USA, The University of Minnesota Press, 1953.
- 10) Gimeno Alava, A.: La assimbolia al Dolor. *Neuro-Psiquiatria*, Lima, Peru, Tomo XXII, n.º 4, 1959.
- 11) Jones, J.: Pain. *Inter. J. Psycho-Analysis*. Vol. XXXVIII, IV parte, 1957.
- 12) Kubie, L. S.: Psychiatric and Psychoanalytic Considerations of the Problem of Consciousness. Symposium organizado por Cioms e publicado sob o título "Brain Mechanisms and Consciousness". Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1954.
- 13) Lhermitte, J.: *Le Cerveau et la Pensée*, 1.^a Edição, Hte Marne, França, Bloud & Garn.
- 14) Modell, W.: *The Relief of Symptoms*, 1.^a Edição, Philadelphia, USA, W. B. Saunders Company, 1955.
- 15) Numberg, H.: *Principles of Psychoanalysis*, USA, International Universities Press, Inc. 1955.
- 16) Ostow, M.: The Control of Human Behavior, *Intern. J. Psycho-Analysis*, 40: 280, 1959.
- 17) Penfield, W.: Centrocenphalic Intregating System, *Brain*, 81:231, 1958.
- 18) Pieron, H.: Le problème Psycho-physiologique de la Douleur. Capítulo do Livro "La Douleur et Douleurs" de Pr. Th. Alajouanine. Paris, Masson & Cie., 1957.
- 19) Schnaper, N.: What Preanesthetic Visit, *Anesthesiology*, 22:846, 1961.
- 20) Schnaper, N.: Postanesthetic (postoperative) Emotional Responses. *Anesthesiology*. 22:674, 1961.
- 21) Szasz, T. S.: The Ego, the Body, and Pain. *J. American Psychoanalytic Association*, 3:177, 1955.
- 22) Szasz, T. S.: *Pain and Pleasure: a Study of Bodily Feelings*, New York, Basic Books, Inc. 1957.
- 23) Szasz, T. S.: Language and Pain, Capítulo 49 do "American Handbook of Psychiatry", de Silvano Arieti e Col., Basic Books, Inc., New York, 1959.

DR. MANOEL ANTONIO ALBUQUERQUE
Rua Professor Annes Dias, 154
Pôrto Alegre, RGS.