

Sobre a Dor e sua erotização: contributos para a compreensão do fenómeno da dor

About pain and its eroticization: contributions to understand the pain phenomenon

Rui Aragão Oliveira⁽¹⁾

Resumo:

Introdução: Neste trabalho, a dor é conceptualizada na sua expressão subjectiva, interligada com o prazer, o sofrimento humano e o equilíbrio psíquico.

Objectivo: Aprofundar as principais expressões emocionais associadas à dor nas experiências de luto em reabilitação física.

Método: É realizado uma análise compreensiva de teor psicanalítico sobre as características mais relevantes de funcionamento mental perante o fenómeno da dor.

Discussão / Conclusões: Predominam os sentimentos de culpabilidade, perante os quais a dor física funciona como atenuante satisfatório, um passado histórico-familiar que predispõe o uso da dor com este fim, e ainda o desenvolvimento da dor como substituto para a vivência de perda. Serão ainda comentadas actualidades respeitantes à eficácia psicoterapêutica em pacientes com dor crónica.

Palavras-chave: Dor; Prazer; Sofrimento; Psicoterapia.

Summary

Introduction: In this work, pain is conceptualized in its subjective expression, related with pleasure, human suffering and mental balance.

Purpose: Consider the main expressions associated with the emotional pain of grief experience in physical rehabilitation.

Methods: It is performed a comprehensive analysis of psychoanalytic content on the most relevant characteristics of mental functioning in the phenomenon of body pain.

Discussion / conclusions: Feelings of guilt, historical family characteristics of feeling pain and the development of pain as a substitute for experience of loss are discuss. We will also commented efficacy of psychotherapy in patients with chronic pain.

Keywords: Pain; Pleasure; Stress; Psychological; Psychotherapy.

(1) PhD, Psicanalista
Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde/ ISPA / Universidade de Évora
E-mail: raragao@clinipinel.com
Data de receção - Fevereiro/2012
Data de aprovação para publicação - Junho/2012

Por mais paradoxal que nos surja, dor e morte são coisas da vida! Quando se fazem apresentar, sempre contra a nossa vontade, o Ser-Humano une-se numa experiência comum.

O Homem é, assim, além de mortal, uma espécie dolorida. E por isso, encontramos a dor, o sofrimento e o desespero humano intimamente associados à capacidade criativa para as simbolizar, procurando transformar as vivências dolorosas através da religião, ou de outras crenças (frequentemente nas práticas isotéricas, nas mesinhas, mas também na fé da ciência, ou então num profissional transvestido de magia milagrosa, mesmo contra a sua vontade); mas também o encontramos manifesto na expressão artística ou cultural.

A dor não é somente um facto fisiológico. É também um facto existencial. E, por esta razão, os Homens não sentem uma dor idêntica da mesma maneira¹.

Há lesões somáticas sem dores, e há dores sem lesões, o que nos remete para a subjectividade da dor. O limiar de sensibilidade varia, como a atitude face à dor também é variável.

E variam essencialmente consoante a personalidade, conforme as organizações psíquicas internas, e portanto as modalidades específicas de lidar com a dor, modalidades essas preferencialmente flexíveis e mutáveis entre sujeitos e transformáveis no próprio no seu evoluir temporal²: e que podem ir da capacidade de a conter mentalmente, e de a elaborar e dar formas diferentes, à necessidade de a expulsar, de a negar, de a desprezar, de lhe resistir e até de a cultivar, provocando dor em si próprio.

Falarmos da subjectividade da dor é falar da atribuição de significados aos diferentes acontecimentos sensoriais desagradáveis. Uma dor com a mesma origem é diferente para cada sujeito, como igualmente é diferente uma dor para o mesmo sujeito em distintos momentos do seu ciclo evolutivo

Sabemos hoje que quando a dor física se prolonga no tempo, pode promover a organização psíquica defensiva contra o sofrimento psíquico – certos pacientes sustentam inconscientemente a dor crónica para manter uma dissociação mente-corpo com o objectivo de evitar uma descompensação psíquica severa e grave.

É comum observarem-se melhorias nas grandes perturbações esquizóides²⁻⁴ quando se produz uma enfermidade somática, ou o paciente que viveu um traumatismo psíquico (um luto, por exemplo) melhorar o seu estado psíquico quando desenvolve uma enfermidade somática. Parece, assim, que onde progride o “ruído somático, o ruído psíquico diminui”.

Por outras palavras, numa experiência simples e acessível a todos: ninguém sente sofrer psiquicamente

quando tem uma forte dor de dentes. A diferença, para estes casos, está na dissociação entre os factos, que embora presentes, não são conscientes associados nestes pacientes.

Primeiramente, em termos psicológicos, a dor foi considerada como exercendo uma função de alarme perante sensações desagradáveis, e que no começo desenvolvimental estaria ligada a sensações corporais. Estamos então perante uma dor estruturante, que acompanha a forma como se organiza a imagem corporal, e igualmente influencia a forma como organizamos as primeiras relações com o mundo: tocamos, aproximamo-nos ou recuamos também em função da sensação dolorosa.

No desenvolvimento evolutivo, os afectos podem constituir-se como organizadores ou inibidores de representações mentais. Se o sujeito mantém a experiência de dor intensa, as defesas psíquicas para evitar, negar, desmentir ou dissociar a experiências dolorosas levam à perda da capacidade de simbolizar e de pensar. Empobrece o seu mundo fantasmático e afectivo, com a conseqüente restrição das representações psíquicas, e limitações consideráveis dos seus desempenhos cognitivos.

Wilfred Bion⁵⁻⁶, contava-nos da sua experiência como psiquiatra de acompanhar ex-combatentes de guerra, que muitos apenas conseguem sentir a dor, com baixa tolerância. Diferenciava-os daqueles que sofrem a dor e a expressam de múltiplas formas. Os primeiros, os que sentem a dor, mas não a sofrem, não a conseguem expressar e por isso não a descobrem para a narrar! E têm também dificuldade em desenvolver o Prazer.

O paciente que apresenta comportamentos associado à dor, como queixas constantes, consumo abusivo de medicamentos, irritabilidade, sensações genéricas de desprazer, dependerá ainda da influência contextual do meio cultural e familiar. Existem culturas que valorizam a dor como imagem idealizada da purificação, onde o auto-flagelo representa um meio para alcançar um nível mais elevado de prazer⁴.

No mundo ocidental vivemos as últimas décadas numa cultura de valorização narcísica do prazer: surgem por vezes em pacientes com dores crónicas cuja problemática se centra no “erotizar da dor”⁴, onde a dor surge como defesa perante situações traumáticas muito desorganizadoras, que poderiam desencadear uma intensa destruturação psíquica (um luto poderá ter tal exigência). Estas formas de masoquismo narcisista procuram a dor que produz um prazer associado – “se sou capaz de suportar a dor, sou superior e diferente de todos os outros”, parecem dizer-nos inconscientemente.

Experimentar esta dor quase mística, cheia de excitação, preserva-o de uma dor psíquica mais intensa, da ordem do terror, e que pode ser sentida como verdadeira morte psíquica.

Vemos isso na clínica psicoterapêutica, quando nos deparamos com pacientes que se automutilam, sozinhos, sentindo intensamente os golpes que uma faca lhes faz. Buscam desesperadamente, através da dor, um limite, ainda que externo, e que anseiam se torne também interno, e lhes firme a certeza de se sentirem vivos.

A heterogeneidade da expressão emocional associada à dor é bem descrita na literatura científica, por vezes confundente tal é a variedade de sintomas descritos: sentimentos depressivos, fúria, hostilidade, agressividade, alexitimia, culpabilidade, ansiedade, fobias, obsessões ou hipocondria³.

Habitualmente^{2,7} são referidas relações entre a dor crónica e a história de perda precoces, dificuldades conjugais e/ou sexuais, conflitos familiares graves e intensos, abusos físicos e sexuais na infância e vivências de negligência infantil. São na realidade histórias do sujeito que lhe dão um significado próprio, e lhe permitem dar significado às dores e às atitudes face à dor.

Na clínica psicoterapêutica com pacientes em reabilitação física, sabemos que estes são expostos a grandes vivências de perda, que provocam sofrimento, com um enorme esforço psíquico na procura de recuperar a ligação com a realidade. As causas desencadeantes de um luto podem ser múltiplas e dependerão de várias circunstâncias, entre as quais a valorização afectiva que, consciente ou inconscientemente, o paciente atribui à perda⁸.

O conceito de luto implica um processo dinâmico complexo, que envolve a personalidade total do indivíduo e abarca, de um modo consciente ou inconsciente, todas as funções do Eu, as suas atitudes, defesas, e em particular as relações com os outros [9]. Não é nossa intenção aprofundar neste trabalho a qualidade e intensidade dos sentimentos que participam no processo de luto, embora nos pareça fundamental perceber porque é que a dor depressiva provoca tanta ansiedade e sofrimento, particularmente

quando se fracassa na tentativa da sua transformação elaborativa.

Mas podemos talvez entender, que o fracasso na tentativa de elaboração do luto é capaz de provocar indirecta e inconscientemente um apego estranho à dor: como se o paciente não a quisesse perder, mas que na realidade reflecte antes o sentir inconsciente de não poder perder a dor, evitando assim um colapso psíquico maior¹⁰.

Nas avaliações psicológicas mais aprofundadas dos sujeitos com dor crónica, a investigação científica tem encontrado algumas características psicodinâmicas de maior relevo²⁻³:

1. Predomínio de sentimentos de culpabilidade, perante os quais a dor física funciona como atenuante satisfatório;
2. Um passado histórico-familiar que predispõe o uso da dor com este fim;
3. Estruturas de carácter masoquista, com propensão para tirar partido equilibrador da dor (evidenciado frequentemente pelo grande nº de lesões dolorosas, operações ou tratamentos físicos)
4. Desenvolvimento da dor como substituto para a vivência de perda (as dores surgem frequentemente perante a ameaça de um rompimento afectivo, ou após a sua ocorrência)

Para finalizar, realçamos ainda os importantes trabalhos¹¹ sobre eficácia psicoterapêutica na temática da dor, que inicialmente se remetiam somente para um auxílio na melhoria da qualidade de vida do sujeito com dor, ajudando-o a viver melhor com a dor, e que hoje comprovam a redução das dores, dos sentimentos depressivos habitualmente associados e ainda uma redução substancial na incapacidade para o trabalho.

A comprovação da eficácia da intervenção primária da psicoterapia e aconselhamento psicológico nos doentes com dor, vem colocá-la como um instrumento fundamental, que se revela num custo-benefício a considerar.

Referências / References:

1. Fleming M. Dor sem nome: pensar o sofrimento. Porto:Edições Afrontamento; 2003.
2. Burloux G. The body and its pain. London: Free Association Books; 2004.
3. Gendrault KP. On physical pain: a review. *Psychoanal Contemp Thought*. 2001; 24 (1): 31-67
4. D'Alvia R. El dolor: una forma particular del afecto. *Rev Psicoanal Asoc Arg*. 1999;LVI (3): 635-50.
5. Bion W. Attention and Interpretation .London:Tavistock; 1970
6. Grinberg I. The Closing Phase of the Psychoanalytic Treatment of Adults and the Goals of Psychoanalysis: The Search for Truth about One's Self'International. *J Psycho-Anal*. 1980; 61;13-25
7. Gastanaga JM. Algunas reflexiones en torno ala fibromialgia. *Rev Psicoanal*. 2007; 52 (7): 105-28.
8. Aragão-Oliveira R. Corpus alienum: psicologia e trabalho psicoterapêutico na reabilitação física. Lisboa:Edição Coisas de Ler; 2010.
9. Grinberg L. Culpa e depressão. Lisboa: Climepsi editores; 2000.
10. Neubern MS. Psicoterapia, dor & complexidade: construindo o contexto terapêutico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2010; 26 (3): 515-23.
11. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol*. 2007; 26 (1):1-9