

O ENIGMA DA DOR CRÓNICA À LUZ DE UM CLÁSSICO DE G. ENGEL: *PSYCHOGENIC PAIN AND THE PAIN-PRONE PATIENT*

João Paulo Consentino Solano¹

<https://doi.org/10.51356/rpp.461a9>

RESUMO: A dor crónica não-oncológica tem representado um desafio à medicina curativa, com taxas de êxito terapêutico aquém do esperado apesar dos avanços da neurociência, da psicofarmacologia e das técnicas invasivas de abordagem. O presente artigo traz uma análise de um artigo clássico de George Engel, de 1959 — *Psychogenic pain and the pain-prone patient*. Para aquele autor, a experiência da dor é compreendida como um fenómeno psíquico em seu engendramento e, particularmente, no processo de seu reaparecimento e cronificação; isto significa que, em casos de dor crónica, a existência de tecidos periféricos inflamados ou lesados torna-se dispensável (e infrutífera sua busca pela medicina). O autor descreve as características clínicas de uma significativa parcela de pacientes — aos quais chama de *pain-prone patients* — para quem qualquer tratamento precisa de atingir a instância psíquica onde a dor está inscrita, em vez de visar estruturas físicas/corporais periféricas. Os conteúdos abordados pelo autor, médico e psicanalista, tornam-se novamente atuais e trazem luz ao delineamento de um terceiro mecanismo subjacente aos casos de dor crónica, recentemente nomeado como “dor nociplástica”, e à atual categorização da dor crónica como doença primária pela 11.^a versão da Classificação Internacional de Doenças.

PALAVRAS-CHAVE: dor crónica, dor nociplástica, dor psicogénica, dor crónica primária, dor crónica não-oncológica

¹ Médico psiquiatra. Psicanalista na Clínica Dr. Roberto Azevedo. Professor Titular nas disciplinas de Psiquiatria e Dor do curso de Medicina do Centro Universitário São Camilo, São Paulo, Brasil. Autor de *Cartas de Telêmaco: do ciúme à inveja, do amor à paixão* (Ed. Scortecci, 2012). E-mail: joapaulocsolano@uol.com.br

INTRODUÇÃO

A experiência no atendimento de pacientes com dor crônica, como psiquiatra de um ambulatório de anesthesiologistas especializados em dor, levou a algumas reflexões e ao encontro do artigo *Psychogenic pain and the pain-prone patient*, de George Engel. Tais reflexões se iniciaram pela seguinte pergunta: porque tantos pacientes com dor crônica não melhoram, a despeito dos avanços da Medicina? Ao longo do presente manuscrito, pretendemos mostrar que os conteúdos do artigo de Engel contribuem substancialmente para responder a tal questão; e que suas ideias merecem ser ensinadas e difundidas, especialmente numa era em que a Medicina da dor se debate tentando oferecer explicações físicas e uma nova taxonomia para a dor crônica.

A TRAJETÓRIA DE ENGEL

George Libman Engel (1913-1999) foi um médico e psicanalista estadunidense. Trabalhou a maior parte de sua vida acadêmica na Universidade de Rochester. Segundo vários biógrafos, sua principal contribuição científica foi a convocação para que a Medicina abandonasse o modelo biomédico e adotasse um modelo biopsicossocial de saúde-doença, veiculada em seu famoso artigo de 1977 na revista *Science* (Engel, 1977; Borrell-Carrió et al., 2004; Dowling, 2005; Lugg, 2022).

Embora cético no início da carreira, após conhecer o psiquiatra John Romano, Engel foi-se tornando cada vez mais adepto da Medicina Psicossomática e dos processos humanísticos do ensino da Medicina. Engel iniciou seu treinamento em Psicanálise apenas em meados da década de 1940, inicialmente com Sandor Feldman em Rochester e depois no *Chicago Institute for Psychoanalysis* (com Therese Benedek) e no *New York Psychoanalytic Institute*. Em meados dos anos 1950, era uma das principais vozes mundiais no campo da psicossomática. Engel recebeu mais de 90 prêmios e condecorações durante sua vida acadêmica, esta dedicada ao ensino da Medicina Interna e da Psiquiatria, pesquisas e publicações (University of Rochester Medical Center, 2024).

O obituário publicado no *Journal of the American Medical Association* (Cohen, 2000) relata que Engel assinou cerca de 300 publicações nos campos da Medicina Psicossomática, Medicina Interna, Neurologia e Psiquiatria. Numa contabilização que empreendemos na

base PubMed, observamos seus temas de maior interesse: o modelo biopsicossocial, medicina psicossomática, luto, síndromes de hiperventilação, morte súbita cardíaca, pseudoangina, desmaios, outros sintomas psicogênicos e educação médica.

VISÃO GERAL DE *PSYCHOGENIC PAIN AND THE PAIN-PRONE PATIENT*

Este não é o artigo mais citado do autor, que se tornou conhecido por seu modelo biopsicossocial (Engel, 1977). No entanto, consideramos este também um artigo seminal e merecedor de atenção, especialmente dos médicos e terapeutas que lidam com portadores de dor crônica. É um texto publicado em 1959, que se torna particularmente atual numa época em que a Medicina propõe nova taxonomia para a dor crônica, e em que esta se torna cada vez menos curável, a despeito de novas abordagens clínicas e cirúrgicas (como discutiremos na última seção). *Psychogenic pain and the pain-prone patient* [Dor psicogênica e o paciente propenso à dor] tem apenas 79 citações na base PubMed Central contra um total de 8020 citações do artigo clássico de 1977 (contabilização em junho de 2025).

Após uma breve introdução autobiográfica, Engel divide seu artigo em duas grandes seções: O problema teórico e O problema clínico. Na primeira, são apresentados alguns mecanismos fisiológicos e psíquicos do fenômeno álgico (conforme conhecidos à época) e as seis situações que podem engendrar a cronificação da dor no psiquismo humano. Na segunda, há vários subtópicos: um dedicado a três questões que o clínico deve ter em mente ao abordar um paciente com dor crônica; um sobre a descrição que o doente faz da dor; um sobre a “assinatura psíquica” individual da dor; um sobre quem são os pacientes com tendências a sentir dor; um dedicado a debater as relações entre a culpa e a escolha da dor como sintoma por que sofrer (e expiar a culpa); um sobre os antecedentes usualmente encontrados entre os pacientes propensos à dor; um para discutir as circunstâncias que geram o reaparecimento de dores inexplicáveis; um sobre a escolha do local da dor; e um para discutir os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes dos pacientes propensos à dor. O longo artigo é finalizado por um sumário e uma conclusão. Iremos manter a ordem original na presente exposição desse trabalho de Engel.

O PROBLEMA TEÓRICO

Nesta primeira parte, Engel aponta para alguns determinantes fisiológicos da dor, lembrando que a dor tem dois componentes, sendo o primeiro a sensação original e o outro a reação a tal sensação. Ao retomar o mecanismo centrípeto da dor (das terminações nervosas sensoriais periféricas ao tálamo), o autor introduz o fato de que há pacientes que aparentemente não exibem nenhuma forma de estimulação sensorial periférica e, mesmo assim, têm a experiência álgica. E faz a comparação esperada: se pacientes psicóticos podem ter experiências visuais ou auditivas sem a estimulação de receptores periféricos da visão e da audição (alucinações), porque devemos acreditar que um paciente só possa sentir dor se seus receptores periféricos da dor estiverem recebendo estimulação? Além das alucinações “endógenas”, comumente vistas em psiquiatria, Engel cita também outras condições: os sonhos, que nada têm de patológicos, e durante os quais algumas pessoas têm experiências visuais quase tão vívidas quanto às da vigília; as experiências visuais e auditivas vívidas que algumas pessoas (mais imaginativas) podem ter mesmo em vigília; as alucinações visuais simples causadas por privação sensorial prolongada; as alucinações secundárias ao uso de substâncias psicoativas, como mescalina e ácido lisérgico; e as alucinações presentes em certas epilepsias ou experimentalmente causadas por estimulação cerebral direta — em todas torna-se dispensável a concorrência de um estímulo sensorial periférico. E conclui seu argumento dizendo que, por analogia, devemos acreditar que pessoas possam ter dor ainda que sem nenhuma estimulação de nociceptores periféricos — ou seja, a estimulação de receptores periféricos é apenas *uma* das maneiras pelas quais as pessoas podem ter a experiência de dor. Desta forma, começa o autor a advogar que a dor possa ser (para muitas pessoas nas quais não se encontra nenhuma estimulação de nociceptores periféricos) uma experiência *exclusivamente psíquica*. E exemplifica: mesmo em situações de dor aguda, as técnicas para alívio da dor são dirigidas a instâncias psíquicas. Isto acontece com a consciência, no caso da anestesia geral, e com a atenção, no caso da hipnose.

A influência do psiquismo na experiência de dor também é perceptível quando damos escuta atenta à descrição das qualidades da dor, segundo reportada pelo paciente. Alguns pacientes falarão, por

exemplo, de dor latejante, ou de pontada, perfurante, lancinante, em formigamento, penetrante, alucinante, etc.²

Engel nos convida a notar que sempre há uma conotação afetiva na forma como o paciente reporta a qualidade da dor. Os pacientes não ficam afetivamente neutros ao falarem de sua dor. Geralmente, ela é descrita como algo desprazeroso; mas, em algumas vezes, paradoxalmente o paciente pode comunicar, de forma não-verbal, uma tonalidade de relativo prazer ao descrever sua dor.

De forma cabal, Engel desafia o paradigma de dor como experiência necessariamente centrípeta: “toda dor é um fenômeno psíquico” (1959, p. 902). Segundo o autor, isto é mais perceptível se colocarmos à parte, por um momento, a experiência nociceptiva da dor aguda que se inicia por uma estimulação periférica. Olhando para a experiência de pacientes com dores crônicas, em que não há estimulação nociceptiva em curso, só resta dizer que aquela dor é inteiramente engendrada *no* psiquismo da pessoa que dela sofre.

Engel enumera seis situações de engendramento da dor crônica *no* psiquismo humano, podendo elas estarem operando em conjunto ou isoladamente (esta nos parece uma das seções mais valiosas do artigo, e que deveria ser divulgada a todos os clínicos que lidam com a dor crônica):

1. A dor sinaliza ao seu portador a iminência de lesão ou perda de uma parte do corpo. Então, servindo à autopreservação, a dor traz pelo menos dois significados (inscrições psíquicas) ao portador: por um lado, ele aprende sobre o ambiente e seus potenciais riscos; e por outro, aprende sobre seu corpo e suas limitações. Pode-se supor, então, que o agente lesivo ambiental e a parte do corpo lesada sejam doravante registrados no psiquismo da pessoa sob a forma de uma “memória da dor” e uma “memória da parte lesada” do corpo. Estando arquivadas na memória, será possível no futuro a reprodução parcial do fenômeno doloroso, prescindindo-se de que uma nova injúria ambiental incida sobre

² Esta adjetivação da dor varia amplamente de acordo com o idioma e a cultura locais. Portanto, aqui cuidamos de usar termos correntes entre pacientes de língua portuguesa, em vez de traduzir literalmente os adjetivos utilizados no original em inglês.

o corpo (como acontece com as alucinações visuais ou auditivas em diversas situações fisiológicas ou patológicas).

2. Desde a infância, a dor está intimamente imbricada às relações humanas. O bebê com dor chora e este choro desperta uma resposta de cuidados da mãe (ou cuidador); com tal resposta, vem o alívio da dor. O ciclo *dor-choro-cuidado-alívio* passa a ficar inscrito no psiquismo também como memória. Para alguns, esta memória será de satisfação ou prazer, pois este é o afeto que decorre tanto do alívio da dor, como da reaproximação do ser amado.
3. Um outro ciclo de afetos marca a comunicação entre crianças e adultos, desde a tenra infância: o que associa a dor à punição. A criança, caso faça algo “errado” ou seja “má”, pode esperar que algum grau de dor lhe seja infligido durante a punição. Este aprendizado precocemente instrui a criança a associar a dor ao mau comportamento e à culpa (por ter sido “uma criança má”). O ciclo se fecha: a culpa é neutralizada (ou expiada) pela dor da punição, e após estas duas, sobrevirão o alívio da culpa (e da dor), assim como o perdão e a reaproximação do ser amado. Portanto, para algumas crianças e adultos, se a dor serve para aliviar culpas e restabelecer a relação com o ser amado, *algum prazer* está de novo envolvido.
4. Também desde cedo na vida aprendemos que a dor está associada à agressão e ao poder sobre outrem. Rapidamente uma criança aprende quais os efeitos de infligir dor sobre o outro ou sobre si mesma. Ao infligir dor sobre si mesma, uma criança pode sentir que controla sua própria agressividade, e alivia-se das culpas associadas a tal agressividade.
5. No psiquismo, existe uma compreensível conexão entre dor e perda. A perda de um ser amado, seja perda real, temida ou fantasiada, pode ser sentida como dor. Isto pode ser ainda mais forte quando se trata de relações ambivalentes — isto é, quando também houver culpa por sentimentos agressivos em outros momentos dirigidos ao tal ser amado. Ou seja, de novo, a dor pode servir como um meio psíquico de expiação da culpa. Para alguns, a dor física pode aliviar a dor da perda, ou, dito de outro modo, a dor pode permitir que se sofra mais por algo físico no próprio corpo, e menos pela dolorosa e irreparável perda.

6. Dor também pode estar associada à sexualidade. Neste ponto, Engel sinaliza não só práticas de sadomasoquismo, mas, genericamente, o espectro de vivências de dor-prazer que a vida sexual pode oferecer; e finaliza lembrando que algumas pessoas preferem experimentar dor em vez do prazer sexual, sendo que este lhes é permitido apenas em fantasias inconscientes.

Com estas seis situações ricamente calcadas de significações psíquicas, Engel advoga que *a dor pode ser causada pelo próprio psiquismo* — não sendo necessária a estimulação de nociceptores periféricos. Ou seja, ficaria justificado pensar-se em “dor psicogênica”, particularmente nos casos em que não se observam lesões orgânicas que justifiquem a dor (situação hoje chamada por alguns de “dor nociplástica”).

Mas Engel vai além. Para o autor, a ausência ou a presença de lesões periféricas passa a não ter importância quando se está diante de pessoas cujos determinantes da dor são psíquicos. Um paciente pode ter injúria em seus tecidos, mas não estar sentindo dor a ela correlacionada. O mesmo processo patológico periférico pode estar associado a dores excruciantes num paciente, e causar pouca ou nenhuma dor em outro. Pela hipnose ou uso de placebos, pode-se aliviar ou causar dor, sem alterar em nada o estado ou natureza da lesão periférica. Diz o autor — e o sabem bem os clínicos experientes — que há muitas pessoas que parecem experimentar dores com frequências e intensidades não habituais (não esperadas). São estes pacientes que Engel passará a chamar de “pacientes propensos à dor” — ou *pain-prone patients*. Na presença de lesões corporais, tais pacientes parecem referir mais dor do que a maioria das pessoas — assim como também referem dores, mesmo que nenhuma lesão periférica tenha ocorrido. Portanto, para tais pacientes a presença ou ausência de estímulo aos nociceptores não está definitivamente correlacionada à presença ou ausência de dor. Além disto, quando uma lesão periférica nestes pacientes é identificada, removida ou curada, nem sempre isto resulta em melhora da dor (ou se resulta, é apenas por pouco tempo). Portanto, entre os pacientes propensos à dor, *fatores psíquicos assumiram um papel primário na gênese da dor, tanto na ausência como na presença de lesões periféricas*.

Para o autor, esta susceptibilidade de algumas pessoas para experienciar a dor só pode ser compreendida se consideramos o seguinte fator-chave: *dor pode trazer prazer*. Trata-se de um prazer relativo, isto é, o prazer de se evitar (graças à dor) um desprazer maior; ou de se obter, a um determinado preço cobrado pela dor, uma gratificação que se vinha esperando (esta sim, produtora de prazer). Pode-se dizer, portanto, que se trata ainda de um mecanismo protetivo para equilibrar a economia psíquica. Trata-se de um mecanismo pelo qual se torna possível compreender por que a dor é bem-vinda para algumas pessoas; isto é, algumas pessoas buscam sentir dor, ao ponto de criá-la como uma experiência puramente psíquica (caso nenhum estímulo periférico se apresente para justificá-la). Mais adiante, na seção dedicada à escolha da dor como sintoma, Engel irá esclarecer qual desprazer maior é este de que o psiquismo se livra, graças à dor.

O PROBLEMA CLÍNICO

Engel inicia esta parte do texto propondo uma estratégia em três passos (ou perguntas) para lidar com o problema da dor crônica:

1. Existe evidência (ou não) de processos patológicos envolvendo vias nervosas aferentes para explicar o fenômeno doloroso?
2. Se existe tal evidência, o caráter da dor reportada pelo paciente é (ou não) compatível com as vias nervosas envolvidas? Aqui, Engel dá importância à escuta dos detalhes da descrição da dor pelo paciente. Tem-se três possibilidades: (a) o processo patológico periférico *pode existir*, mas *não estar contribuindo em nada* para a experiência dolorosa; (b) existe um processo periférico contribuindo para o fenômeno de dor, mas a influência do processo patológico periférico *está sendo suplantada e obscurecida* por outros fatores (psíquicos); ou (c) o processo patológico periférico pode existir e ser o principal responsável pela experiência final de dor reportada.
3. Como os processos psicológicos estão operando para definir o caráter final do fenômeno doloroso e sua forma de comunicação ao médico?

Estas três questões práticas baseiam-se no seguinte princípio: um fator periférico *pode ou não* estar alterando os nociceptores, e mesmo

se estiver causando tais alterações, elas *podem ou não explicar* a totalidade da experiência de dor do paciente. Engel dá um exemplo a clarificar seu ponto: se um paciente está a queixar-se de dor epigástrica, nem um exame de imagem normal, nem um exame alterado da região são suficientes para, *per se*, explicar a dor. O exame deste paciente *pode ou não* demonstrar a existência de uma úlcera duodenal; e caso tenha esta úlcera, sua dor *pode ou não* ser devida à lesão. Porém, a descrição detalhada que o paciente fizer de sua dor, caso eliciada e escutada pelo médico, poderá dar uma ideia sobre se o paciente está sentindo uma dor compatível com úlcera duodenal ou com cólica biliar, por exemplo — já que há características distintivas entre as duas. Tais dores são diferentes porque ocorrem seguindo rotas anatômicas e fisiológicas distintas, com envolvimento de grupos de nociceptores distintos. Engel nomeia isto de “assinatura periférica” da dor, e a ela dedica o primeiro subtópico desta parte do artigo.

A DESCRIÇÃO DA DOR PELO DOENTE (A “ASSINATURA PERIFÉRICA”)

Para a grande maioria das pessoas, há concordância na forma pela qual descrevem uma dor por úlcera duodenal ou uma cólica biliar. Quando as características que “tipificam” uma determinada dor estão presentes, pode-se supor que há uma contribuição periférica à experiência total de dor que o paciente está a comunicar. Outros exemplos são a dor do infarto agudo do miocárdio, a cólica renal, um abscesso perianal, uma metástase óssea — que são descritas de forma distinta porque envolvem grupos de nociceptores distintos, que enviam estímulos por vias neuronais também distintas e seguindo padrões distintos quanto a caráter da dor, irradiação, ritmo, amplitude, fatores de piora, fatores de melhora, entre outros. Quando, porém, a descrição que o doente faz de sua dor *se desvia* desta assinatura periférica (ou seja, daquilo que seria esperado face aos fatores anatomopatológicos e fisiopatológicos envolvidos), o médico deve supor que fatores periféricos não estão contribuindo para a dor *daquele* paciente ou, caso estejam, sua contribuição está sendo obscurecida por outras fontes (fatores psíquicos). Engel finaliza esta seção exortando os médicos a que busquem tais fatores psíquicos, ao invés de lançar mão do lugar-comum da “dor atípica” quando encontram pacientes que descrevem

suas dores de forma incongruente em relação ao que seria esperado. Ou seja, há que se ir além da assinatura periférica da dor e esmiuçar sua “assinatura psíquica”.

A ASSINATURA PSÍQUICA INDIVIDUAL DA DOR

Segundo Engel, quando a experiência de dor foi iniciada por uma injúria periférica, sendo este seu fator causal primário, e quando a função da dor é tão somente sinalizar que um dano foi causado ao corpo, a descrição da dor pelo paciente é geralmente econômica em termos ideativos ou imagéticos. Por outro lado, descrições complexas, pouco usuais, imageticamente elaboradas ou vagas costumam refletir que a dor cumpre funções psíquicas outras para aquele paciente, muito além de um alarme nociceptivo de injúria na periferia. Apenas com boas anamneses se pode escutar o estilo descritivo que o paciente adota e imprime para falar de si e de seus sintomas ao longo da vida, incluindo suas dores.

Engel lembra, como regra geral, que descrições diretas/simples/econômicas, associadas a assinaturas periféricas congruentes (vias anatomofisiológicas compatíveis) costumam estar associadas a lesão ou disfunção orgânica. Descrições complexas ou pessoalizadas, embora não excluam a presença de lesões periféricas, costumam estar associadas à assinatura psíquica da dor feita pelo doente. Ou seja, diante de uma adjetivação direta, específica e econômica da dor, podemos pedir que o paciente elabore mais e mais. Em alguns casos, poderá aparecer o rebuscamento ou a pessoalização da descrição. Portanto, não se pode concluir que o paciente que fornece uma descrição mais complexa ou vívida de sua dor não tenha uma lesão periférica; é possível que ele tenha, e que tal lesão tenha *iniciado* seu processo álgico. Porém, a assinatura psíquica da dor, sendo justaposta ao fenômeno anatomofisiológico, passou a refletir características psicológicas do indivíduo, resultando em elaboração e distorção (parcial ou completa) das qualidades periféricas da dor que deveria ter servido apenas como alarme nociceptivo. Para estes indivíduos, a dor pode tornar-se renitente e sobreviver à cura dos processos lesivos periféricos, uma vez que ela passou a ter outras finalidades para o indivíduo, geralmente relacionadas à comunicação interpessoal e/ou à regulação do psiquismo. Quem seriam estas pessoas com tendências a usar a dor para cumprir tais

outros propósitos? Engel chamará estes pacientes, a partir da próxima seção do artigo, de *pain-prone patients*.

OS PACIENTES PROPENSOS À DOR (“PAIN-PRONE PATIENTS”)

Para o autor, a maior parte dos pacientes propensos à dor sofre de uma ou mais dores associadas a incapacidades, de forma repetitiva ou crônica, às vezes havendo — outras vezes não — alguma alteração periférica perceptível. A dor de tais pacientes cumpre “funções psíquicas”, muito além do alarme nociceptivo.

A ESCOLHA DA DOR COMO SINTOMA: DOR COMO PUNIÇÃO

Na abertura desta seção, diz Engel (1959): “Menciono primeiramente este componente porque a experiência clínica me leva a concluir que a culpa, consciente ou inconsciente, é fator invariável na escolha da dor como sintoma” (p. 905). Para o autor, trata-se de pacientes que *escolheram* a dor como sintoma, e isto por estarem geralmente aderidos a culpas (conscientes ou inconscientes). Isto pode ser suscitado a partir de seus relatos biográficos, nos quais se encontrarão outras expressões psicológicas ou comportamentais conotando a mesma necessidade: expiação da culpa. São pessoas cronicamente depressivas, pessimistas ou sombrias. Trazem uma história extraordinária das numerosas e variadas derrotas, humilhações e dissabores por que passaram na vida. Nas entrelinhas do seu discurso, geralmente se percebem histórias de autossabotagens ao próprio sucesso, à própria felicidade. São pessoas que inconscientemente se dirigem à repetição de situações (ou relacionamentos) de risco, ou perigo, trauma, dor, derrotas ou humilhações e, surpreendentemente, parecem ter enorme dificuldade em aprender com a experiência das situações passadas. Falham em aproveitar situações que poderiam resultar em gozo ou prazer, e quando acaso o sucesso ou prazer forem iminentes, a dor reaparece ou piora. São “pessoas que, embora reclamem do sofrimento, parecem ter na dor e no sofrimento o conforto de um grande e velho amigo” (p. 905). Geralmente, os profissionais ficam chocados: como pode aparentar estar tão bem alguém que se queixa de dores de tal intensidade? Alguns parecem querer ser vistos como “mártires que suportam

sofrimentos” (p. 905). Alguns parecem querer-se vitimizar, despertar nossa dó, ou nosso ímpeto em socorrê-los de seus sofrimentos. Muitos são extraordinariamente tolerantes à dor aguda (incluindo aquela causada pelo médico e pela medicina). Muitas vezes, o relato traz uma longa história de lesões, condições dolorosas, cirurgias (em descrições que abusam do jargão médico); e na maioria das vezes, constata-se por vias objetivas que tais pacientes nem sempre sofreram das extraordinárias condições médicas que reportam em suas histórias. Alguns destes pacientes podem rejeitar ou depreciar tratamentos que lhes sejam oferecidos, caso não sejam desprazerosos ou dolorosos. São pacientes cujas histórias de sofrimentos são marcadas por intensos coloridos dramáticos. Às vezes, tem-se a impressão de que parecem estar “saboreando algo” enquanto contam e recontam suas histórias ufanistas de sofrimentos progressos. Para tais pessoas, a dor e o sofrimento são fontes inconscientes de *gratificação*.

DESENVOLVIMENTO E HISTÓRICO DOS PACIENTES VULNERÁVEIS À DOR

Para o autor, a história de vida destes pacientes é comumente marcada por agressão, sofrimento e dor nos primeiros relacionamentos familiares. Aqui, podem ser incluídos:

1. Um dos pais ou ambos eram física ou verbalmente abusivos, entre si e/ou para com a criança (atual paciente);
2. Uma figura parental truculenta e outra submissa, sendo a primeira às vezes alcoolista;
3. Uma figura parental muito punitiva que, no entanto, se arrependia e super compensava a criança com raros afetos positivos — de modo que a mesma tenha aprendido o ciclo “dor/sofrimento são sucedidos pelo amor”;
4. Um dos pais muito frio e distante, mas que se tornava responsivo quando a criança estava doente ou sofrendo dores — ao ponto de a criança ter aprendido que a dor pode ser bem-vinda ou benéfica;
5. Uma criança que teve um dos pais (ou uma figura próxima) a sofrer de alguma doença ou dores, pelas quais de alguma forma a criança se sentiu responsável e culpada (comumente devido

- a impulsos, atos ou fantasias agressivas da própria criança dirigidos àquela figura parental);
6. Uma criança que era agressiva ou violenta até que algum evento familiar súbito a forçou a abandonar tal comportamento, usualmente com muita culpa;
 7. Uma criança que, como manifestação precoce de culpa, defleitiu sobre si a agressividade com que os pais se tratavam mutuamente ou tratavam um dos seus irmãos.

Para Engel, tais pacientes geralmente estão ávidos para franquear ao médico sobre tais antecedentes de vida, bastando que o médico se mostre interessado em ouvir; e não importa se os relatos se referirem a eventos factuais ou fantasias, visto que a narração do paciente geralmente trai seu desejo de apresentar-se como alguém que foi sempre um sofredor, uma vítima abusada por outrem.

SOB QUE CIRCUNSTÂNCIAS A DOR (RE)APARECE?

Desde que tais pacientes propensos à dor geralmente têm múltiplos episódios álgicos, é clinicamente útil atentar-se para dois aspectos: quando se deu o primeiro episódio e quando a dor costuma reaparecer.

Engel aponta que o primeiro episódio de dor psicogênica geralmente ocorre na adolescência, principalmente entre mulheres, cujas histórias álgicas frequentemente se iniciam com menarcas dolorosas, dismenorreia ou cefaleias (frequentemente pré-menstruais). Para o autor, este início das dores na adolescência reflete a importância de mudanças psicológicas que ocorrem no período, especialmente relacionadas a conflitos sexuais envolvidos na gênese do primeiro episódio de dor. São importantes a culpa decorrente de impulsos sexuais e um conceito sadomasoquista inconsciente da atividade sexual. Em muitos destes pacientes, a dor pode aparecer como um substituto da atividade sexual, ou pode ser aquilo que impede relações sexuais. Por conta desses fatores, muitas vezes tais quadros álgicos serão acompanhados de frigidez, dispareunia ou impotência.

Quanto às circunstâncias de reaparecimento da dor, Engel enumera três situações pelas quais podem ser compreendidas as ocorrências de repetição da dor em pacientes em que isto pareceria ser inesperado e inexplicável. São elas:

1. Quando circunstâncias externas deixam de satisfazer a necessidade inconsciente de sofrer. Diz o autor, em tom de consolação para os médicos eventualmente cansados ou frustrados por não saberem por que seu paciente está piorando: “médicos precisam aceitar que alguns pacientes, se estiverem com saúde, revivem certos conflitos — os quais estão geralmente ancorados em culpas antigas”. Ou seja, nestes pacientes, a dor reaparece como uma medida psíquica de proteção — para que culpas antigas sejam mantidas fora da consciência.
2. A dor também pode reaparecer como resposta a uma perda (real, antecipada ou fantasiada) — principalmente se houver culpa e ambivalência em relação ao objeto amado perdido (ou em risco de ser perdido).
3. A dor pode reaparecer quando agressividade intensa ou sentimentos sexuais proibidos evocarem culpa (para alguns, qualquer sentimento de agressão provoca culpa; até mesmo a “antecipação da potencial agressão” pode provocar culpa; alguns destes, sentirão dor *no lugar* da agressividade, ou logo após sua manifestação ou execução).

OS LOCAIS DA DOR

Nesta seção, Engel discorre sobre a escolha do local da dor. Para o autor, a maioria dos pacientes identifica uma parte do corpo como sendo a mais afetada pela dor. Esta escolha pode se dar por alguns mecanismos psíquicos, a seguir discriminados.

1. O paciente pode ter experimentado uma dor nociceptiva naquele local em algum momento passado. Isto acontece porque, no momento passado, a dor pode ter sido acompanhada de alguma significação psíquica (por exemplo, punição ou o restabelecimento de um relacionamento), que ficou registrada e passará a ser evocada quando ulteriormente uma situação análoga estiver sendo revivida. Para Engel, este mecanismo explica a maioria dos casos de “pacientes propensos à dor” que não se recuperam completamente, ou que voltam a sentir dores num local previamente doente, mesmo muito tempo após a plena recuperação. Importa muito que o clínico colha anamneses detalhadas para

descobrir se aquela parte que ora sofre dores já foi alvo de algum processo doentio no passado, e como aquele quadro afetou a vida relacional/psíquica do paciente àquela época.

2. O local da dor atual pode ser o mesmo local em que alguém próximo ao doente está sofrendo (ou sofreu) de dores por uma doença factual. Este próximo é geralmente alguém com quem o doente tem (inconscientemente) uma identificação maciça, ou com quem tem um relacionamento ambivalente, podendo ter havido (atual ou pregressamente) conflitos e separações. O autor pontua que neste mecanismo de escolha do local da dor não importa só o local onde aquele próximo sentiu dores reais, mas também o local onde o doente *imagina ou fantasia* que o seu próximo *possa sentir ou ter sentido* dores. Como, porém, este mecanismo é inconsciente ao doente, ele só será notado mediante anamneses meticolosas, em que o clínico prestará atenção à maneira como o doente descreve as dores de que já sofreram as pessoas que lhe são mais próximas e detectando o quão semelhantes essas descrições são do quadro algíco do próprio doente. Finalmente, há a possibilidade de que o local da dor seja escolhido, de forma inconsciente, por ser o mesmo em que já se imaginou ou *desejou* — ainda que por um lampejo — que o próximo sentisse dor (aplicação inconsciente da *lex talionis*).

O DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Engel dedica a última seção do artigo aos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes dos pacientes propensos à dor: transtorno conversivo, depressão, hipocondria e esquizofrenia. Quanto à conversão (àquela época, o termo histeria de conversão era ainda constante das classificações diagnósticas), o autor diz ser o quadro vastamente preponderante entre tais pacientes. Outros sintomas conversivos muito encontrados em pacientes com dor seriam *globus* na garganta, desmaios, afonia e distúrbios sensoriais ou motores. Traços de dramaticidade, exibicionismo, sedução ou comportamento introvertido também aparecem com muita frequência em tais pacientes, segundo Engel. Quanto à depressão, Engel aponta para a possibilidade de que episódios anteriores de depressão sejam encontrados na vida do paciente, ainda que nem sempre acompanhados por dor. E adverte contra o comum

erro dos médicos, de achar que o paciente está depressivo por causa da dor. Para o autor, usualmente se constata que a experiência de dor é justamente usada pelo paciente para atenuar a culpa e a vergonha da depressão. Quanto à hipocondria, Engel pontua que estes pacientes podem não referir dores tão intensas quanto as descrevem como inescapáveis, renitentes, atormentantes. Estes pacientes geralmente estão desesperadamente preocupados com a doença subjacente que a dor pode representar. Para o autor, alguns destes pacientes seriam pré-psicóticos. Mais raramente, seria dado o diagnóstico de esquizofrenia para os pacientes que descrevessem suas dores utilizando-se de conceitos delirantes para explicar suas sensações. Muitos destes pacientes projetam sua dor maciçamente no mundo externo e passam a descrever a dor como uma persecutora de que não consegue escapar; nesses casos, a descrição da dor também pode incluir ideias bizarras ou francamente delirantes, como no caso de cenestopatias (por exemplo, um homem se queixava de repetidas cólicas abdominais e tinha a convicção de que seu intestino tinha sido torcido como um esfregão, necessitando de imediata cirurgia para destorcê-lo).

SUMÁRIO E CONCLUSÃO DO ARTIGO PELO AUTOR

Engel finaliza seu longo artigo por um sumário seguido de conclusão. De forma resumida, repete os pontos principais de seu arrazoado. Não faremos o mesmo aqui, por já haveremos esclarecido tais pontos nas seções precedentes. Na abertura de seu sumário, o autor enfatiza: o que é experimentado e reportado como dor é um fenômeno psicológico, já que não existiria sem a operação de mecanismos psíquicos que permitem a identificação das qualidades da dor e sua percepção — ou, em termos neurofisiológicos, não existe dor sem a participação de centros neurológicos superiores. A dor pode ser experimentada *com ou sem* a participação de estímulos a nociceptores periféricos, assim como não há estímulos à retina ou ao tímpano nos fenômenos alucinatórios.

No desenvolvimento psicológico da criança, a dor (assim como alguns afetos) ocupa um papel-chave na regulação da economia psíquica. Desde cedo na vida, o binômio dor-alívio entra na formação das relações interpessoais (objetais), assim como as valências bom-mau, recompensa-punição, sucesso-fracasso. A dor se torna um excelente mecanismo de aliviar culpas, e, portanto, influencia as relações

interpessoais. Alguns indivíduos são mais propensos a usar a dor como um regulador da economia psíquica, neles havendo uma maior vulnerabilidade a desenvolver dores crônicas.

Em sua conclusão, Engel (1959) demonstra sua decepção com a forma com que os livros-textos de Medicina têm apresentado o problema da dor. Comparando um livro-texto de meados do século XIX com um de meados do século XX, o autor se mostra atônito em ver que ambos tomam por certo que a dor precisa ser iniciada por um processo nas periferias do corpo ou nos tecidos neurais: “Em cem anos de produção escrita, quase nada mudou no entendimento do fenômeno doloroso, a não ser em relação a algumas descobertas sobre anatomofisiologia de vias nervosas” (p. 917). Para Engel, grande proporção de pacientes que se consultam com médicos de várias especialidades pertence ao grupo de pacientes propensos à dor — e muito poucos deles têm a oportunidade de ter seu problema (que sempre foi tão comum e difícil) estudado por psiquiatras e analistas.

Por fim, Engel postula que entrevistas de meia a uma hora são geralmente suficientes para escutar atentamente a narrativa do paciente, e explicar-lhe a dinâmica básica de sua dor. E mesmo quando mais entrevistas são necessárias, isto é ainda mais econômico (ao paciente e à medicina) que a tradicional técnica de excluir todas as possíveis causas orgânicas da dor e fazer “por exclusão” o diagnóstico de dor psicogênica. A técnica corrente de submeter o paciente a procedimentos diagnósticos intermináveis não somente significa perda desnecessária de tempo e dinheiro, mas também torna impossível o estabelecimento do diagnóstico correto — simplesmente porque os pacientes se tornam mais apegados a este tipo de abordagem materialista/biologizante, e menos inclinados à revelação espontânea de informações pessoais/psicológicas (já que o médico, com suas técnicas de abordagem e comportamento objetivo, está a comunicar ao paciente que estas últimas são secundárias ou irrelevantes).

À GUIA DE DISCUSSÃO: COMO O ARTIGO DE ENGEL PODE DIALOGAR COM O ATUAL CONCEITO DE DOR NOCIPLÁSTICA?

O conceito de dor psicogênica ainda é alvo de controvérsias no campo da medicina da dor, havendo desde autores que duvidam de sua existência ou relevância clínica (Fitzcharles et al. 2021; Cohen et al., 2022;

Yoo & Kim, 2024), até aqueles que a identificam com construtos como dor funcional, dor sem causa orgânica ou, mais recentemente, dor nociplástica (Friedman, 1975; Covington, 2000; Nakamura et al., 2014; Hausteiner-Wiehle & Henningsen, 2022; Isagulyan et al., 2022). À época de Engel, é provável que falar de dor psicogênica despertasse menos repúdio por parte da medicina organicista; porém, com a expansão das hipóteses da sensibilização central para explicar as dores neuropáticas, e agora com o advento das dores nociplásticas, a simples menção de dores psicogênicas pode despertar reações feéricas em alguns círculos.

O encontro ocasional do artigo de Engel, após vários anos trabalhando como psiquiatra num departamento de anestesistas especializados em dor, caiu como bálsamo sobre o autor que vos escreve. Dentre as possíveis razões, porque nos incluímos entre os decepcionados com a dificuldade que a medicina demonstra para reconhecer que grande parte dos pacientes com dor crônica não-oncológica padece, em verdade, de uma afecção não-física, isto é, que não reside em seus corpos e não pode ser tratada pelas manobras oferecidas pela medicina intervencionista. Sempre nos chamou muito a atenção um trabalho de Jensen e colaboradores, em que dois radiologistas foram convidados a laudar exames de ressonância magnética da coluna de 98 indivíduos assintomáticos. Os laudos relataram presença de saliências de discos intervertebrais em 52% e de protusão discal em 27% dos indivíduos. Os radiologistas não sabiam que se tratava de uma amostra de pessoas sem nenhuma queixa de dor lombar. Como tais porcentagens eram apenas discretamente menores que as encontradas em pacientes com dores lombares crônicas, os autores concluíram que os achados de saliências e protusões discais em amostras de pacientes com dor lombar frequentemente são meras coincidências (Jensen et al., 1994).

A história da Medicina tem mostrado os esforços que são feitos para preservar, a duras penas, a materialidade da dor. Quando os médicos perceberam que muitos pacientes continuavam a ter dor mesmo na ausência de qualquer lesão periférica ativa, houve o advento do mecanismo de sensibilização central, definido como um aumento da responsividade dos nociceptores causada pela sensibilização de neurônios do sistema nervoso central, usualmente como resultado de estimulação nociceptiva prolongada ou “um estado patológico” (Adams et al. 2021;

International Association for the Study of Pain, <http://www.iasp-pain.org>). Este mecanismo ajudou sobremaneira a fundar uma hipótese sobre como a dor poderia ser perpetuada, mesmo quando não se encontravam bases orgânicas (materiais) para tanto. Engel (1959) cita, com certo ceticismo e clara decepção, um dos incipientes trabalhos sobre a “dor central” (Von Hagen, 1957) na conclusão de seu artigo, e o comenta: “Em todos esses escritos, os processos psicológicos são relegados a um papel puramente subsidiário, como reforços de circuitos reverberantes, ou são simplesmente descartados” (p. 917).

Ao longo de mais de meio século, o mecanismo de sensibilização central foi eficiente para explicar quadros de dor neuropática em que há lesões demonstráveis no tecido neuronal. Deste modo, o ceticismo de alguns cedeu espaço à confiança de que as dores crônicas seriam resolvidas por medidas (farmacológicas ou não) que neutralizassem a reverberância das vias centralmente sensibilizadas. De fato, muitas dores neuropáticas têm sido tratadas com sucesso, por exemplo dores de membro-fantasma, ou causadas por compressão/lesão medular, neurites (diabéticas, alcoólicas ou pós-herpéticas), alguns casos de lombalgia, dor pós-acidente vascular encefálico, por HIV/AIDS, etc. A confiança nos mecanismos de sensibilização central, no entanto, tornou-se exagerada e irracional. Qualquer quadro de dor crônica sem causa material constatável passou a ser explicado pela formidável sensibilização central, tornando-se ela própria um fantasma, algo a ser crido pela fé na medicina organicista. Desta forma, passaram a ser explicadas aos pacientes também as dores da fibromialgia, das cefaleias tensionais primárias, da síndrome do intestino irritável e outras dores viscerais inexplicáveis, disfunções temporomandibulares, cervicalgias traumáticas crônicas, cervicalgias não-traumáticas, síndrome da fadiga crônica, artrite reumatoide, osteoartrites e lombalgias sem substrato orgânico correlato, além de dores pós-oncológicas (Nijs et al., 2021). Quando fármacos capazes de modificar o funcionamento ou a expressão de neurotransmissores medulares não trouxeram o efeito esperado para a modulação da dor, providenciaram-se medidas invasivas (a exemplo da estimulação medular ou cerebral por implantes e as rizotomias) na tentativa de trazer alívio da dor aos pacientes que estariam “centralmente sensibilizados”. Porém, a taxa de êxito das medidas invasivas está aquém do esperado, e os procedimentos

trazem complicações com frequências além das esperadas (Lo Bianco et al., 2023; Jo, 2024). Ou seja, um grande número de pacientes não melhora, tornando a dor crônica uma condição incurável, na opinião de alguns (Weisberg & Clavel, 1994).

Quando a medicina parecia estar prestes a aceitar que as dores crônicas de muitos pacientes não podem ser abordadas por medidas materiais, por serem dores psíquicas, a International Association for the Study of Pain (IASP) emitiu o conceito de dor nociplástica, em 2017 — exatamente para abarcar tais pacientes cujas dores carecem de um substrato orgânico e não podem ser completamente atribuídas aos mecanismos nociceptivo ou neuropático. Assim, estatuiu a IASP: “Dor nociplástica é a que surge de nocicepção alterada apesar de não existir evidência clara de lesão tecidual real ou potencial causando ativação de nociceptores, nem evidência de doença ou lesão do sistema somatossensorial causando a dor” (IASP, <http://www.iasp-pain.org>).

A definição de dor nociplástica harmonizou-se bem com a 11.^a versão da Classificação Internacional de Doenças, que alçou a dor crônica à categoria de doença (em vez de sintoma). Assim, foi delimitado o construto diagnóstico de “dor crônica primária” para abarcar quadros de dor que não são perceptivelmente causados por um processo patológico orgânico subjacente (Treede et al., 2015). Dor crônica primária ficou circunscrita como:

“Uma nova definição fenomenológica, porque a etiologia de várias formas de dor crônica é desconhecida. Condições comuns, como dor lombar, que não é nem musculoesquelética, nem neuropática, a dor crônica generalizada, a fibromialgia e a síndrome do intestino irritável serão encontradas nessa seção, e achados biológicos contribuintes ao problema da dor podem ou não estar presentes” (Treede et al., 2015, p. 1004).

A definição da dor nociplástica requer que haja alteração de nociceptores periféricos (Fitzcharles et al. 2021; IASP, <http://www.iasp-pain.org>; Yoo & Kim, 2024). Embora existam métodos quantitativos para mensurar estimulação eletrofisiológica em nociceptores periféricos (Kosek et al., 2021; Arendt-Nielsen et al., 1994), como isto é aferido no dia-a-dia da prática médica? Não é aferido, a não ser para

poucos pacientes, e apenas em centros avançados de pesquisa. Não sendo medido na prática, tornar-se-á também algo para ser crido — assim como o era, em sua época áurea, a dor neuropática sem substrato orgânico. Esta credulidade na suposta materialidade da dor pode indicar que os pesquisadores continuam reféns do modelo biomédico. Tal credulidade parece beirar a inocência quando um médico ou pesquisador, tomando de um algômetro, deflagra estímulos sobre a pele de um paciente e pergunta-lhe se está sentindo mais dor ou menos dor — aparentemente ignorando que a resposta do paciente *está sendo modulada por sua vontade e motivações, tanto conscientes como inconscientes*. Na definição de dor nociplástica da IASP, também está inclusa a existência de hiperalgesia e/ou alodinia, mas não se alude à falta de objetividade dos testes clínicos pelos quais as mesmas são supostamente aferíveis pelo exame físico dos pacientes. Até o momento, poucos pesquisadores se propuseram considerar que as experiências anteriores do paciente, suas expectativas, memórias, afetos e aprendizados ao longo da vida *necessariamente* intervêm quando este está a responder a testes nociceptivos (pretensamente objetivos) sobre dor, toque, pressão, calor/frio, etc (Fields, 2018; Stamp et al., 2024). Surpreende também que até autores que reputam a dor nociplástica como sendo psicogênica (usando-as em sinonímia) indiquem intervenções neurocirúrgicas (cingulotomia, por exemplo) para lidar com os casos refratários (Isagulyan et al., 2022).

Num dos artigos mais citados sobre o assunto (Kosek et al., 2021), é curioso notar que os autores falem do mecanismo nociplástico de dor sem sequer mencionar quaisquer fatores psíquicos, sociais ou existenciais que a possam estar engendrando. Ou seja, o conceito de dor nociplástica parece representar uma nova onda de *busca insistente pela materialização de algo que é psíquico* — assim como já ocorrido com a aplicação hipertrófica (exagerada) do conceito de sensibilização central para explicar dores psicogênicas.

Cabe também a pergunta: por que motivos a IASP demarcou o construto “dor nociplástica provável” contingenciando-o à presença de “comorbidades” eminentemente psíquicas, como alterações do humor, lapsos de memória, perturbação do sono e fadiga? (Nijs et al., 2021; Kosek et al., 2021). Ora, em vez de uma afecção física, não seria o caso de se circunscrever uma afecção psicogênica, com vários sinais e sintomas, incluindo-se a dor?

Há que se dizer: quanto esforço devota a medicina de hoje, assim como à época de Engel, para negar que a dor crônica é uma experiência psíquica, engendrada em instâncias psíquicas não tangíveis — e, para tanto, a contribuição de estímulos periféricos concorrentes é *dispensável*.

Antes de finalizar, retomemos um dos pontos cruciais do artigo de Engel. Pelo papel que o autor atribui à culpa, por um lado, e observando os pacientes com dor psicogênica de nossa prática, por outro, observamos que muitos destes pacientes parecem ser aversivos ao prazer. Isto é, qualquer prazer (ou antecipação de prazer) provoca-lhes culpa. Muitos preferem estar sentindo desprazer (dor, no caso). Para essas pessoas, estar em *modo doloroso* transforma-se na margem de segurança necessária para a evitação de qualquer prazer. A elas, é possível que o prazer cause desprazer. E vice-versa. Algumas se tornam masoquistas por este modo, pois fica o binômio prazer-desprazer confundido em suas valências. Alguns desses pacientes parecem ter-se tornado viciados na circularidade do seguinte binômio: dor (desprazer)-alívio (prazer). E é de se esperar que, no cérebro, tenhamos nessas pessoas a coincidência do centro do prazer e do centro da dor, com uma vicariância do sistema dopaminérgico de recompensa. Em nossa experiência, temos visto um reflexo dessa vicariância: pessoas com dor crônica não-oncológica frequentemente também sofrem de adicções, sejam as químicas (por álcool, benzodiazepínicos, opioides ou outros analgésicos) ou as comportamentais (geralmente, compulsões alimentares, por compras ou, mais recentemente, cibervícios).

Caso pudessem as ideias de Engel ser difundidas entre estudantes de Medicina, os clínicos que cuidam de dor crônica certamente dariam outro rumo ao tratamento destes pacientes. Parece que estamos diante de um *gap* abissal entre o manejo adequado (potencialmente curativo) da dor psicogênica e aquilo que a medicina oferece aos pacientes. E o que a medicina oferece aos pacientes? Em primeiro lugar, o decepcionante vaticínio da incurabilidade da dor crônica: os pacientes são chamados a apenas administrar suas dores, limitações e incapacidades.

Porém, há outras mercadorias que a medicina oferece a estes pacientes (e não deveria fazê-lo):

1. A medicina não deveria expor os pacientes com dor crônica nociplástica a tratamentos intervencionistas. A oferta de tais tratamentos é um retrocesso na comunicação com os pacientes: diz-se a eles que há algo físico em seus corpos (causando ou perpetuando a dor) e que uma intervenção física “neutralizante” do processo orgânico lhes poderá trazer alívio. Além do alívio não ser alcançável por esta via, fica o quadro do paciente cominado de problemas agregados, como cicatrizes, sequelas e novas dores — um substrato material que, antes ausente, agora torna-se visível e justificante para o quadro algico. Não podemos descartar a possibilidade de que algumas medidas intervencionistas que detêm efetividade baixa ou questionável, por mais onerosas que sejam, continuem a ser aplicadas apenas para satisfazer os ganhos terciários da própria medicina (Kwan et al., 2001; Pawl, 2013).
2. A medicina não deveria indicar aos pacientes com dor nociplástica fármacos potencialmente lesivos, em especial os opiáceos. Tais pacientes apresentam responsividade comprovadamente baixa ao uso de opiáceos, assim como de outros tipos de analgésicos e anti-inflamatórios (Fitzcharles et al. 2021). O uso de qualquer fármaco com potencial de dependência em pacientes já vulneráveis a adicções é altamente questionável (Solano, 2023). Não é necessário nos alongarmos repetindo o que vários já escreveram sobre os malefícios do uso indiscriminado e epidêmico de opiáceos em vários países.
3. Pacientes com dor nociplástica não deveriam ser alvo de consultas médicas rápidas ou psicoterapias de curto prazo, visto serem estes expedientes inócuos para pessoas que precisam narrar suas histórias de vida a profissionais com capacidades excelentes de escuta ativa. Se a psicoterapia (a “cura pela fala”) não permitir que o paciente exponha sua história de vida, deixa de ser psicoterapia. É durante a narrativa do paciente que o clínico pode divisar a assinatura psíquica da dor; ou escutar a incidência, tantas vezes subliminar, de traumas, abusos e perdas passadas; ou inferir sobre processos de registros dolorosos na história de seus pacientes, os quais se associaram a culpas antigas (especialmente culpas inconscientes), ou deixaram marcas

no desenvolvimento da personalidade (Solano, 2014), marcas que são melhor examinadas e transformadas por psicoterapias dinamicamente orientadas.

ABSTRACT: *Chronic non-cancer pain represents a challenge to curative medicine, with therapeutic success rates below expectations despite the advances of neuroscience, psychopharmacology, and invasive approach techniques. This paper presents an analysis of a classic 1959 article by George Engel — Psychogenic pain and the pain-prone patient. For that author, the experience of pain is understood as a psychic phenomenon in its engendering and, particularly, in the processes of recurrence and chronification. This means that, in chronic pain, the existence of inflamed or injured peripheral tissues is dispensable (and fruitless its search by medical sciences efforts). That author describes the clinical characteristics of a significant amount of patients — whom he calls pain-prone patients — for whom any treatment needs to reach the psychic instance where the pain is inscribed, instead of targeting peripheral physical/bodily structures. The contents addressed by the author, doctor and psychoanalyst, become current again and shed light on the delineation of a third mechanism underlying chronic pain cases, recently named ‘nociplastic pain’, and the current categorization of chronic pain as a primary disease by the 11th. version of the International Classification of Diseases.*

KEYWORDS: *chronic pain, nociplastic pain, psychogenic pain, primary chronic pain, non-oncologic chronic pain.*

REFERÊNCIAS

- Adams, G.R., Gandhi, W., Harrison, R., van Reekum, C.M., Gilron, I. & Salomons, T.V. (2021). Do “central sensitization” questionnaires reflect measures of nociceptive sensitization or psychological constructs? Protocol for a systematic review. *Pain Reports* 6(4), e962. <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000962>.
- Arendt-Nielsen, L., Brennum, J., Sindrup, S. & Bak, P. (1994). Electrophysiological and psychophysical quantification of temporal summation in the human nociceptive system. *European Journal of Applied Physiology and Occupational Physiology*, 68, 266-273.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med*, 2(6), 576-582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>.
- Cohen, J. (2000). George L. Engel, MD. *JAMA*, 283(21), 2857. <https://doi.org/10.1001/jama.283.21.2857>

- Cohen, S. P., Fitzcharles, M. A., & Hauser, W. (2022). Nociplastic pain is functional pain : Authors’ reply. *Lancet*, 399(10335),1604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02506-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02506-X)
- Covington, E. C. (2000). President’s message. *Pain Medicine*, 1(2), 107-109.
- Dowling, A. S. (2005). George Engel, M.D. (1913–1999). *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 2039-2039. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2039>
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for Biomedicine. *Science* 196,129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G.L. (1959). Psychogenic pain and pain-prone patient. The *American Journal of Medicine*, 26(6), 899-918. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(59\)90212-8](https://doi.org/10.1016/0002-9343(59)90212-8).
- Fields, H.L. (2018). How expectations influence pain. *Pain.*, 159, S3-S10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30113941/>
- Fitzcharles, M. A., Cohen, S. P., Clauw, D. J., Littlejohn, G., Usui, C., & Häuser, W. (2021). Nociplastic pain: Towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*, 397(10289), 2098-2110. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
- Friedman, R. (1975). Some characteristics of families of children with “psychogenic pain”. *Journal of Clinical Child Psychology*, 4(3), 21. <https://doi.org/10.1080/15374417509532663>
- Hausteiner-Wiehle, C., & Henningsen, P. (2022). Nociplastic pain is functional pain. *Lancet*, 399(10335), 1603-1604. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02500-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02500-9)
- Isagulyan, E. D., Makashova, E. S., Myasnikova, L. K., Sergeenko, E. V., Aslakhanova, K. S., Tomskiy, A. A., Voloshin, A. G., & Kashcheev, A. A. (2022). Psychogenic (nociplastic) pain: Current state of diagnosis, treatment options, and potentials of neurosurgical management. *Progress in brain research*, 272(1), 105-123. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2022.03.008>
- Jensen, M. C., Brant-Zawadzki, M. N., Obuchowski, N., Modic, M. T., Malkasian, D., & Ross, J. S. (1994). Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *The New England Journal of Medicine*, 331(2), 69-73. <https://doi.org/10.1056/NEJM199407143310201>.
- Jo, D. (2024). A comprehensive overview and scope of interventional pain management. *The Korean Journal of Pain*, 37(2), 89-90.
- Kosek, E., Clauw, D., Nijs, J., Baron, R., Gilron, I., Harris, R. E., Mico, J. A., Rice, A. S. C., & Sterling, M. (2021). Chronic nociplastic pain affecting the

- musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain*, 162(11), 2629-2634. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002324>
- Kwan, O., Ferrari, R., & Friel, J. (2001). Tertiary gain and disability syndromes. *Medical Hypotheses*, 57(4), 459-464. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11601869/>
- Lo Bianco, G., Tinnirello, A., Papa, A., Marchesini, M., Day, M., Palumbo, G. J., Terranova, G., Di Dato, M. T., Thomson, S. J., & Schatman, M. E. (2023). Interventional pain procedures: A narrative review focusing on safety and complications. PART 2 Interventional procedures for back pain. *Journal of pain research*, 16, 761-772. <https://doi.org/10.2147/JPR.S396215>
- Lugg, W. (2022). The biopsychosocial model: History, controversy and Engel. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 30(1), 55-59. <https://doi.org/10.1177/10398562211037333>
- Nakamura, M., Nishiwaki, Y., Sumitani, M., Ushida, T., Yamashita, T., Konno, S., Taguchi, T., & Toyama, Y. (2014). Investigation of chronic musculoskeletal pain (third report): With special reference to the importance of neuropathic pain and psychogenic pain. *Journal of orthopaedic science: official journal of the Japanese Orthopaedic Association*, 19(4), 667-675. <https://doi.org/10.1007/s00776-014-0567-6>
- Nijs, J., Lahousse, A., Kapreli, E., Bilika, P., Saraçoğlu, İ., Malfliet, A., Coppieters, I., De Baets, L., Leysen, L., Roose, E., Clark, J., Voogt, L., & Huysmans, E. (2021). Nociplastic Pain criteria or recognition of central sensitization? Pain phenotyping in the past, present and future. *Journal of clinical medicine*, 10(15), 3203. <https://doi.org/10.3390/jcm10153203>
- Pawl, R. (2013). "When the pain won't wane it's mainly in the brain". *Surgical Neurology International*, 4(5), S330-333. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3717530/>
- Solano, J. P. C. (2014). Fracasso crônico no tratamento da dor crônica? A influência silenciosa da personalidade e seus transtornos. *Acta Fisiatrica*, 21(2), 93-100. <https://doi.org/10.5935/0104-7795.20140020>
- Solano, J. P. C. (2023). Fármakon equivocado para diagnósticos imprecisos: O exemplo da depressão em pacientes com dor crônica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 57(4), 97-113. <https://doi.org/10.69904/0486-641x.v57n4.08>
- Stamp, G.E., Wadley, A.L., & Iacovides, S. (2024). Could relationship-based learnt beliefs and expectations contribute to physiological vulnerability

- of chronic pain? Making a case to consider attachment in pain research. *The Journal of Pain*, 25(11), 1046-19. [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(24\)00560-1/fulltext](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(24)00560-1/fulltext)
- Treede, R. D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., Smith, B. H., Svensson, P., ... Wang, S. J. (2015). A classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*, 156(6), 1003-1007. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000160>
- University of Rochester Medical Center. The papers of George L. Engel. Edward G. Miner Library, Archives and Manuscripts [dezembro 30, 2024]. <https://urmc.rochester.edu/libraries/miner/rare-books-and-manuscripts/archives-and-manuscripts/faculty-collections/the-papers-of-george-allen-papers-engel>
- Von Hagen, K. O. (1957). Chronic intolerable pain; discussion of its mechanism and report of eight cases treated with electroshock. *Journal of the American Medical Association*, 165(7), 773-777.
- Weisberg, M.B., & Clavel, A.L. (1999). Why is chronic pain so difficult to treat? Psychological considerations from simple to complex care. *Postgraduate Medicine*, 106(6), 141-142, 145-148, 157-160. <https://doi.org/10.3810/pgm.1999.11.771>
- Yoo, Y-M., & Kim, K.H. (2024). Current understanding of nociplastic pain. *Korean J Pain*, 37(2), 107-118. <https://doi.org/10.3344/kjp.23326>