

PENSANDO A FIBROMIALGIA

Patrícia Câmara (1); Ângela Vila-Real (2)

(1)Psicóloga Clínica, Vice-Presidente da Zona Lisboa e Sul da Sociedade Portuguesa de Psicossomática.

(2)Psicóloga Clínica, Psicanalista, Professora Auxiliar do ISPA (Instituto Universitário)

Resumo: O confronto com a dificuldade em enquadrar a síndrome fibromiálgica (SF) numa entidade clínica definida, parecendo inequívoca a correlação entre o agravamento da dor e questões emocionais associadas a acontecimentos de vida tidos como traumáticos, levou-nos a procurar respostas na literatura. Este artigo surge nesse seguimento.

Abstract: Acknowledging the difficulty in framing the fibromyalgia syndrome (FS) in a defined clinical entity, seeming unequivocal the correlation between worsening pain and emotional issues associated with traumatic life events, led us to look for answers in the literature. This article pretends to do a brief literature review about FS.

Quantas vezes utilizamos a expressão “rebentar pelas costuras”, procurando transmitir o nível de intoxicação e exaustão interna ou cansaço em que nos encontramos, sem que o nosso corpo precise de a acompanhar? No fundo, sem termos intenção interna de o sentir literalmente, usamos o corpo como metáfora para simbolizar aquilo que sentimos. Somos fibromiálgicos como forma de expressão. A exaustão aparece assim veiculada pelo espaço transitivo adulto, onde a temporalidade se instala, permitindo que o passado e o presente sejam duas pontas de um caminho que mantém continua a ordem cronológica entre o corpo e a mente. O corpo aparece, então, simbolizado. Só o frio, o calor e a dor física se mantêm como espécie de pressupostos básicos fisiológicos, como alertas para a proteção, primado da sobrevivência instintiva.

O que acontece para que a dor física não seja um alerta de desencontros fisiológicos imediatos (externos ou internos, ou da relação molecular direta de ambos), mas sim um enigma de ordem emocional, um grito que sem voz se materializa no corpo? Quando e porque é que a expressão passa a ser literal e a metáfora não acontece, não existindo consciência emocional do seu significado? Como fala um corpo acerca de uma realidade desconhecida conscientemente, mas inconscientemente sempre sabida? Por outras palavras, quando e porque é que a “dor da alma” deixa de ser simbolizada? Quando é que a “fibromialgia” se transforma em fibromialgia?

A nossa prática clínica tem evocado e realçado estas questões. O confronto com a dificuldade em enquadrar a síndrome fibromiálgica (SF) numa entidade clínica definida, parecendo inequívoca a correlação entre o agravamento da dor e questões emocionais associadas a acontecimentos de vida tidos como traumáticos, levou-nos a procurar respostas na literatura. Este artigo surge nesse seguimento.

“A invisibilidade da patologia e dos sintomas da fibromialgia são uma temática difícil para os pacientes e para as pessoas que interagem com eles” Kool, Middendorp, Boeije e Geenen (2009). Esta “invisibilidade” conduz a um enfoque no sintoma – dor física que mantém o doente e os técnicos reféns dessa mesma dor e distantes da dor que ignoram, a que está escondida e inacessível à consciência do doente, isto é, o sofrimento psicológico.

Este desconhecimento não permite compreender de forma holística o fenómeno psicossomático da SFM, limitando e comprometendo o sucesso das intervenções terapêuticas. Consideramos que apenas uma perspetiva verdadeiramente biopsicossocial (Engel, 1977), onde o estudo de todas as doenças inclui o indivíduo, o seu corpo e o ambiente em que se encontra, como componentes essenciais do sistema como um todo (Fava e Sonino, 2010), poderá diminuir a dor e as suas vicissitudes ou, em última instância, prevenir o seu aparecimento.

A dificuldade em encontrar resposta para a sintomatologia originou uma tentativa de diagnóstico agida pela descrença e pela descrição de pontos dolorosos isenta da capacidade de pensar simbólica e subjetivamente. Assim, o diagnóstico médico é apenas pautado pela identificação de 11 pontos dolorosos. Não sendo possível encontrar a lesão de órgão ou de tecido que justifique a dor sentida e, tendo em consideração múltiplos

estudos (Melzac & Wall, 1982; Kool, Middendorp, Boeije & Geenen, 2009) que evidenciam o correlato emocional e a variabilidade da intensidade da dor, parece-nos ser de extrema importância compreender que tipo de correlato é este e porque se exprime a dor desta forma.

O próprio corpo parece começar a insistir no simbolismo, ou seja, na compreensão psicológica da dor física, e os cientistas acompanham-no. Inicia-se um novo rumo do pensamento, onde se assume que, tal como afirmou Espinosa, “a mente é uma ideia do corpo” (Costa da Silva, 2011). Queremos com isto dizer, que a própria doença urge encontrar subjetividade, (re)aclamando-a na sociedade em que se insere, impedindo o dualismo de funcionar e impondo o monismo (no sentido do paradigma psicossomático de Engel) como forma, por excelência, de conhecimento. Esta integração do saber tenta agir sobre as clivagens existentes, procurando compreender de que forma o acontecimento externo pode ser traumático por revelar uma modalidade de relação traumática precoce. Surgindo, desta forma, a dor como expressão física e literal de uma dor mental insuportável.

Assim, e, por considerarmos importante a integração dos conceitos psicanalíticos e psicossomáticos na abordagem terapêutica desta doença e, tendo em linha de conta, que os estudos de índole psicanalítica são escassos quanto a esta temática, pretendemos, com este artigo, dar um passo neste sentido, fazendo uma breve revisão da literatura.

A Síndrome Fibromiálgica

Nosograficamente, a SFM é uma dor musculoesquelética disseminada, associada à fadiga fácil e a 11 pontos dolorosos à palpação de 18 possíveis, distribuídos bilateralmente acima e abaixo da cintura, bem como no esqueleto axial (National Fibromyalgia Association – NFA). Estes critérios continuam a esconder a patologia e focam apenas os seus sintomas “visíveis”, o que acaba por reforçar a sintomatologia e o enquistamento na dor e da dor como inibidor do pensamento clínico. Da mesma forma, etimologicamente a palavra fibromialgia se decompõem tornando evidente a condição de dor (a sintomatologia), sem conteúdo que a preencha, como “dor musculoesquelética”.

esquelética”, dor das fibras que esticam sustentando o desconhecido, o sintoma sem coloração.

O lugar ocupado pela SFM tem vindo a ser discutido essencialmente em estudos que pretendem objetivar a dor, isolando-a da sua subjetividade e da intersubjetividade associada ao impacto do acontecimento externo. Neste sentido, surgem diversas investigações associadas à introdução de terapêuticas farmacológicas (Diaz-Marsa, Palomares, Morón, Tajima, Fuentes, López-Ibor & Carrasco, 2011; Marangell, Clauw, Choy, Wang, Shoemaker, Bradley, Mease & Wohlreich, 2011; Bushmakin, Cappelleri, Zlateva & Sadosky, 2011) no tratamento da SFM, onde os resultados demonstraram a eficiência e eficácia da terapêutica, a diminuição da dor, o aumento da perceção de bem-estar e uma qualidade do sono superior, contudo mantêm o indivíduo dependente dos fármacos sem que lhe seja possível ampliar o acesso ao pensamento onírico e ao simbolismo da dor que fala, ou que fala por si.

A falência da capacidade de simbolizar parece vir associada ao desencontro emocional repetido externamente e ecoado internamente. Para Barata (2008), uma desilusão profunda e precocíssima, pode resultar no futuro, numa área de não representação, porque impossível de ser mentalizada: a área do impensável, onde o facto se separa da emoção. Uma desilusão que reative essa falha empática precocíssima poderá originar uma somatização. A somatização é, segundo o autor, um momento frio, isento da capacidade de mentalizar o sentir, descontínuo na temporalidade emocional interna. Assim, no caso da SFM, a dor é o impensável que desagua no corpo, que rebenta. Há um *acting in* (Sperling, 1968). A *psique* drena para o corpo os conteúdos não digeridos existentes no espaço transicional, tornando-se como uma espécie de reservatório de elementos alfa negativos, segundo Carlos Amaral Dias (2011) ou beta de Bion, dos conteúdos não metabolizados pela atividade onírica que vão ser expressos operatoricamente e numa linguagem de dor. Contudo, ao contrário daquilo que acontece na psicossomática propriamente dita, no caso da SFM, o corpo parece ele mesmo ser símbolo e significado em si mesmo, aproximando-nos provavelmente da somatopsicose de que fala Amaral Dias (1992).

Lumley, Cohen, Stout, Neely, Sander e Burger (2008), referem que muitos dos doentes com SFM sofreram graves traumatismos e conflitos psicológicos no passado e

que existem acentuados traços de vitimização infantil e/ou adulta mesmo antes da origem do diagnóstico. A hipótese colocada por estes autores é a de que o traumatismo é, provavelmente, gerador de dificuldades na regulação das emoções, quer na sua supressão e evitamento quer na gestão das relações de confiança e autonomia desenvolvidas. Para Griffies (2010), há uma correlação direta entre os padrões de vinculação e as anomalias no funcionamento cerebral, em especial associadas à capacidade de mentalizar e aceder ao pensamento onírico. Consideramos que o acumular de cisões traumáticas possa conduzir a este lugar da fibromialgia.

Uma outra característica associada aos doentes SFM é a existência de um passado marcado pela ação funcional compulsiva, o que poderá representar a busca incessante da única forma de amor conhecida: o reconhecimento pela função. Grisart, Etienne, Desmedt, Scaillet e Luminet (2010), concluem que a maioria dos doentes fibromiálgicos apresenta estilos de vida hiperativos pré-mórbidos. O aparecimento de dor parece deixar cair por terra esta forma de sustento interno até então utilizada, o que reforça a importância de compreender qual o acontecimento de vida que precipita a mudança, isto é, a dor que conduz à inércia.

Uma vez mais o que fica por explicar é que desilusão relacional é essa que coloca o indivíduo em hiperatividade funcional até ao dia em que rebenta numa dor hemorrágica que o impede de perpetuar esse funcionamento e que momento gerador de stresse é tão intenso que paralisa.

Griffies (2010), considera que diferentes fatores de stresse que se combinam com fatores genéticos e identitários podem desencadear uma reação psicossomática definida como fibromialgia. Assim, a SFM surge como uma disfunção da dor e do processamento do stresse, associada às experiências relacionais precoces. O acontecimento traumático pode ficar inscrito num circuito neuronal em desenvolvimento, condicionando-o daí em diante e, condicionando, conseqüentemente, a dinâmica das futuras relações.

Pedrosa, Weigl, Wessels, Irnich, Baumuller e Winkelmann (2008), realizaram um estudo transversal em mulheres com SFM comparando o grau de alexitimia ao estilo de vínculo parental. Neste estudo, verificaram que uma percentagem significativa de participantes apresentava características de alexitimia associadas à presença de “mães

autoritárias e invasivas” e pais “ausentes”. O que pode ser um passaporte para se pensar o tipo de padrões relacionais emergentes nesta patologia.

Para Coimbra de Matos (2002) a resposta ao stress pode ser uma inibição da ação no sentido de Laborit, provocando uma hiperadaptação para a conservação de energia (retirada esquizo-depressiva). Para o mesmo autor, a vulnerabilidade das modalidades relacionais é posta em xeque no momento em que a realidade negada do outro (objeto) é desmascarada, quando um “acontecimento real, pela sua notoriedade e espessura perceptiva, impõe a realidade, até então ignorada, à consciência adormecida ou anestesiada” (p.13). A impossibilidade de elaborar este confronto traduz-se, muitas vezes, em somatização. (Coimbra de Matos, 1999).

A maioria dos pacientes com SFM não vive de forma livre a agressividade. Pelo contrário, a crença de que a expressão ou o sentimento de zanga/agressividade são socialmente inaceitáveis, incompreensíveis e desadequados, aumenta a ansiedade em momentos de potencial confronto com essa zanga/agressividade e, conseqüentemente, leva à inibição da sua expressão. Symth, Pennebaker e Gills (2006) mostram que a expressão da agressividade na SFM leva à diminuição da dor sentida. Burns, Quartana e Bruehl (2008), verificam que quando se pede aos sujeitos com SFM para inibirem a agressividade sentida estes apresentam uma maior reatividade à dor. A modalidade relacional utilizada por estes pacientes evidencia dificuldade em gerir, experimentar e expressar sentimentos agressivos. Mais uma vez ficamos sem saber o que acorrença a agressividade, ainda que nos pareça estar associado ao estilo relacional destes pacientes.

A percepção que os outros têm de si e da sua doença, são indicadores da intensidade dos sintomas dos doentes com SFM e, conseqüentemente, da dor. As percepções cognitivas, afetivas e comportamentais da sua situação de doença que são vivenciadas de forma negativa, não compreensiva e sem resposta de suporte, promovem o agravamento da doença.

Assim, ainda que do ponto de vista anatomopatológico não exista substrato evidente para a dor, a sua expressão associada à relação e ao meio envolvente parece ser inequívoca. Desta conjunção de conhecimentos surge uma maior compreensão do funcionamento psicossomático desta síndrome.

Referências

Barata, J. (2008). *Espaço de ilusão e somatização*. Conferência apresentada nos Sábados de Psicossomática no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa

Bushmakin, A., Cappelleri, J., Zlateva, G. e Sadosky, A. (2011). Applying area-under-the-curve analysis to enhance interpretation of response profiles. An application to sleep quality scores in patients with fibromyalgia. *Quality of life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, Vol. 20(4), 491-498.

Coimbra de Matos, A. (1999). Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 1 (2), 9-16.

Coimbra de Matos, A. (2002). Esquizoidia e doença psicossomática: conservação de energia e inibição da acção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 4 (2), 9-33.

Costa da Silva, Elainy (2011). A relação corpo-mente – a mente como ideia do corpo na ética de Spinoza. *Revista Conatus - Filosofia de Spinoza*. Vol. 5(9), 19-24.

Dias, C.A. (2011). *Da psicossomática à somatopsicose*. Seminário Clínico da Sociedade Portuguesa de Psicossomática no Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra

Dias, C.A. (1992). *Aventuras de Ali-Babá nos túmulos de Ur: Ensaio psicanalítico sobre a somatopsicose*. Lisboa: Fenda.

Diaz- Marsa, M., Palomares, N., Morón, D., Tajima, K., Fuentes, M., López-Ibor & Carrasco, J. (2011). Psychological factors affecting response to antidepressant drugs in fibromyalgia. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 52(3), 237-244

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Fava, G. A. & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine. *The international Journal of Clinical Practice*, 64 (8), 1155-1161.

Griffies, Scott. (2010). Believing in the Patient's capacity to know his mind: A psychoanalytic case study of fibromyalgia. *psychoanalytic Inquiry*, 30 (50),390-404

Grisart, J., Masquelier, E., Desmedt, A., Scaillet, N. & Luminet, O. (2010). Behavioral and representational components of «hyperactivity» in fibromyalgia syndrome patients. *Journal of musculoskeletal Pain*, 18 (3), 226-234

Freud, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud*, vol. VII (pp 121-134). Rio de Janeiro: Imago Editora.

Huber, A., Suman, A., Biasi, G. & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behavior. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 425-433.

Kool, M., Middendorp, H., Boeije, H. & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding: Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 12, 1650-1656.

Lumley, M., Cohen, J., Stout, R., Neely, L., Sander, L. & Burger, A. (2008). An Emotional exposure-based treatment of traumatic stress for people with chronic pain: Preliminary results for fibromyalgia syndrome. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, 45 (2,) 165-17.

Marangell, L., Clauw, D., Choy, E., Wang, F., Shoemaker, S., Bradley, L. Mease, P. e Wohlreich, M. (2011). Comparative pain and mood effects in patients with comorbid fibromyalgia and major depressive disorder: Secondary analyses of four pooled randomized controlled trials of duloxetine. *Pain*, 152(1), 31-37

McDougall, J. (2000). *Teatros do corpo: O psicossoma em psicanálise*. Edições Martins Fontes. São Paulo.

Middendorp, H., Lumley, M., Moerbeek, M., Jacobs, J., Bijlsma, J. & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14, 176-182.

National Fibromyalgia Association – NFA. Available on line at:
<http://fmaware.org>

Przekop, P., Haviland, M., Morton, K., Oda, K. & Fraser, G. (2010). Correlates of perceived pain-related restrictions among women with fibromyalgia. *Pain Medicine*, 11 (11), 1698-1706. Consultado em 10 de Outubro de 2011 através de EBSCOHost Academic Search Elite database.

Quintana, M. & Esther, M. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes com fibromialgia. *Clinica y Salud*, 22 (1), 51-67. Consultado em 10 de Outubro de 2011 através de EBSCOHost Academic Search Elite database.

Sperling, M. (1968). Acting-out behavior and psychosomatic symptoms: clinical and theoretical aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, Vol. 49, 250. Consultado em 10 de Outubro de 2011 através de EBSCOHost Academic Search Elite database.

Target, M. & Fonagy, P. (2003). Attachment theory and long- term psychoanalytic outcome: are insecure attachment narratives less accurate? In Leuzinger-Bohleber M, Ursula Dreher & Canestri J. (Eds.). Pluralism and Unity? Methods of Research in Pssychoanalysis (pp. 149-167). London: International Psychoanalytical Association.

Vallejo, M., Rivera, J., Esteve-Vives, J. & Rejas, J. (2011). A confirmatory study of the combined Index of severity of fibromyalgia (ICAF): factorial structure, reliability and sensitivity to change. *Health & Quality of Life Outcomes*, 9 (1), 39-45. Consultado em 7 de Outubro de 2011 através de EBSCOHost Academic Search Elite database.