

FIBROMIALGIA: CONSTRUÇÕES E DESCONSTRUÇÕES

Alice Lopes

Psiquiatra e psicanalista. Membro da SPP.

Resumo

O artigo propõe pensar sobre fibromialgia (FM). Este é um diagnóstico médico proposto pela reumatologia. Não há só um ponto de vista médico sobre o síndrome que tem sido motivo de controvérsia na classe médica. Isto é, a questão sobre a existência de uma entidade patológica definida, subsiste. Várias teorias associadas ao síndrome são apresentadas: as que remetem para factores biológicos, psicológicos ou psicopatológicos ou para factores sociais.

O ponto de vista psiquiátrico e a problemática dos distúrbios somatoformes onde a fibromialgia poderia eventualmente ser considerada, bem como o ponto de vista psicossomático e psicanalítico sobre este tipo de desordens são também abordados.

O problema e dilemas do tratamento da fibromialgia são levantados.

Abstract

In this work it is the author's purpose to think about fibromyalgia. This is a diagnosis made in first place, by rheumatology and it continues a controversial issue.

Several theories (biological, psychological and psychopathologic and social ones) that have been associated with the syndrome are presented.

The psychiatric perspective and the issue of somatoform disturbs where fibromyalgia could be included, as well as psychosomatic and psychoanalytic perspectives are considered.

Fibromyalgia treatment and its dilemmas are evaluated.

1. Construções: A construção de um diagnóstico (Médica/Reumatológica)

Neste artigo propomo-nos pensar sobre fibromialgia (FM) o que faremos abordando em primeiro lugar o ponto de vista médico. Este é um diagnóstico médico, como tal proposto, “descoberto” (?) pela reumatologia. É importante assinalar que não há um só ponto de vista médico sobre a síndrome que tem, como veremos, sido motivo

de controvérsia na própria classe médica. Isto é, a questão sobre a existência de uma entidade patológica definida subsiste.

Claro que não é possível dar resposta a uma controvérsia em curso, mas apenas tentar situar um problema que atravessa e se inscreve em vários contextos: médico, psiquiátrico, psicossomático e psicodinâmico. A compreensão/explicação do quadro e o que daí decorre, propostas de tratamento para alívio do grande sofrimento dos doentes, só parcialmente existem.

Num *Clinical Update* de 2008 da revista *Pain* ⁽¹⁾, revista da *International Association for the Study of Pain*, define-se a Síndrome de Fibromialgia como uma entidade patológica que só recentemente teria alcançado reconhecimento clínico e científico definitivo.

As formas variáveis de classificação prévia, “reumatismo psicogénico”, “fibrosite”, e “mielastenia”, demonstrariam segundo o autor, como tem sido difícil definir e interpretar este síndrome.

Em 1990 o Colégio Americano de Reumatologia publicou na revista do mesmo colégio (*Arthritis and Rheumatism*), os critérios para a classificação da FM, a partir de um estudo multicêntrico de 558 doentes ⁽²⁾.

Partindo de estudos prévios, os autores quiseram estabelecer uma definição consensual da síndrome, estabelecer novos critérios de diagnóstico e comparar resultados de vários centros. Quiseram ultrapassar problemas metodológicos de estudos anteriores, nomeadamente a questão da circularidade, isto é, estudos em que os critérios confirmavam a definição de FM sustentada pelos investigadores. Um propósito importante deste trabalho era definir a síndrome de FM a partir do reconhecimento das suas características, pelos investigadores interessados, em múltiplos centros.

Havia até essa altura uma já significativa investigação, e alguns dos estudos realizados tinham concluído que a FM podia ser pensada como uma desordem psicológica ^(3,4). Outros tinham enfatizado a existência de factores moduladores e a presença concomitante de síndrome de cólon irritável. Da parte dos investigadores que queriam definir o síndrome, estes estudos impunham dimensões perturbadoras (“*disarrays*”) num constructo para o qual pretendiam ter margens definidas.

O estudo comprovava, segundo os autores, a natureza reumatológica da doença já que os critérios que a definiam não entravam em linha de conta com qualquer sintoma psicológico.

Ficaram, então, definidos os critérios que até hoje, definem medicamente a síndrome de FM, a presença de dor crónica e generalizada (da cabeça ao pés), a existência de 11 pontos dolorosos à palpação de 18 possíveis; os pontos dolorosos seriam o indicador mais importante para a definição da presença da síndrome.

Entre as objecções para o constructo FM (citadas pelos autores na discussão do artigo), estava a falta de alterações/sinais físicos objectiváveis, pelo que a confirmação do diagnóstico dependia do ponto de vista subjectivo do avaliador. A validação pelo *dolorímetro* (aparelho que objectivaria o sintoma dor) e o uso de escalas estandardizadas, ultrapassavam para os autores tais objecções. (figura das 3 graças)

A natureza da(s) subjectividade(s) envolvida no diagnóstico fica no entanto muito claramente explícita neste trabalho considerado fundamental para a definição médica/reumatológica da doença. E interessante é até a explicitação das dificuldades da comissão que presidia ao estudo e às suas condições metodológicas para definir o que poderia explicitar sem margem para dúvidas, e em que grau, a sintomatologia “dolorosa”.

Para além da dor generalizada e dos pontos dolorosos (11) poderiam ser considerados como sintomas centrais, as perturbações do sono, fadiga e astenia (*stiffness*), cada um deles podendo estar presente em mais de 75% dos pacientes aos quais tinha sido diagnosticado FM.

Desde então um número imenso de estudos tem sido publicado, com doentes diagnosticados com SFM. Podemos dividir estes estudos naqueles que são publicados pelas revistas médicas (principalmente da área da reumatologia e da dor) e os estudos publicados nas revistas psiquiátricas e de psicossomática.

Um artigo de 2005 do *Journal of Controversial Medical Claims* significativamente intitulado, *Fybromialgia: A Poorly Understood Source of Significant Disability*”⁽⁵⁾, vem repor após 15 anos da definição da síndrome pelo colégio americano de reumatologia, como as suas causas continuavam mal compreendidas e a sua existência, como entidade clínica/constructo, continuava a ser contestada por clínicos e companhias de seguros.

Por um lado, estamos aqui em plena questão fulcral da procura do reconhecimento de uma doença (ou de um sofrimento) pelo objectivável, p.ex. em análises e meios complementares de diagnóstico, e/ou reconhecimento de uma etiofisiopatologia análoga a outras, já conhecida. Por outro, encontramos-nos perante a

necessidade de reconhecimento de uma fonte de incapacidade para a qual a medicina e a psiquiatria pouco têm conseguido para minorar e alterar o curso.

Os cépticos inquietam-se pela natureza subjectiva da dor crónica, a subjectividade dos pontos dolorosos, a falta de testes laboratoriais que sejam *gold standard*, isto é, patognomónicos da doença, e a ausência de um claro mecanismo patogénico que defina a SFM.

Alguns estudos procuram demonstrar que a percepção exagerada da dor pode ser explicada a partir de mecanismos do SNC, nomeadamente uma hiperexcitabilidade medular dos reflexos nociceptivos. Outras alterações, neuroendócrinas/disautonómicas (disfunção hipotalâmica-pituitária-adrenal, com níveis baixos de cortisol e padrões circadianos anormais), de certos neurotransmissores, resposta anormal ao stress, bem como de natureza genética, têm sido propostas como parte de um mecanismo etiopatogénico que é sempre avaliado como complexo e onde outros factores de natureza ambiental e psicológica são também considerados. ^(6,7,8,9,10,11).

Outros sugerem ainda uma “epidemia” de FM provocada pelo sistema de segurança social ocidental, embora outros o refutem, negando que seja provada qualquer associação entre o síndrome e benefícios secundários dessa natureza ⁽⁵⁾.

Os tratamentos propostos são, desde há muito tempo, o manejo da dor com analgésicos não opióides e anti depressivos tricíclicos em baixas doses, a correcção das alterações do sono e outras medidas que incluem o suporte psicológico (habitualmente com técnicas cognitivo comportamentais) e exercício. É reconhecida a falta de especificidade destas abordagens, situação que reflecte o conhecimento insuficiente dos mecanismos etiopatogénicos. É reconhecida também a necessidade de abordagens multidisciplinares, médicas e psiquiátricas/psicológicas. ^(1,12,13,14,15).

Os resultados não são muito animadores e estes pacientes continuam a “consumir” altas doses de cuidados médicos, nos cuidados primários de saúde e nos reumatologistas, bem como de fármacos.

2. Desconstruções I: O ponto de vista da psiquiatria

As características clínicas que estão presentes muito frequentemente nos pacientes com FM, para além da dor e perturbações do sono, tais como fadiga crónica, cefaleias de tensão crónicas e síndrome de cólon irritável^(1,13,16), são partilhadas com outras síndromes pertencentes àquilo que se designa em psiquiatria como Sintomas Médicos Não Explicáveis, incluídos nos diagnósticos de distúrbios somatoformes da

DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Americana de Psiquiatria). Estes são fundamentalmente a síndrome de fadiga crónica (SFC), a desordem temporomandibular (DTM) e a síndrome de cólon irritável (SCI).

A comorbilidade psiquiátrica na FM é muito elevada nomeadamente a depressão e a ansiedade.^(14,16,17) É elevada a frequência de tratamento com antidepressivos, não só como analgésicos mas com as suas finalidades específicas.

Para além desta comorbilidade psiquiátrica altamente relevante e que faz incluir a psiquiatria como parceiro no tratamento destes pacientes, têm sido publicados estudos, que jamais pondo em causa o diagnóstico médico da síndrome (pelo menos nunca tive acesso a nenhum), vão trazer algumas questões interessantes, remetendo-o para uma parceria com outras síndromes considerados como somatoformes na taxonomia oficial da psiquiatria.^(5,12,13)

É interessante verificar que tal como para os doentes de dor crónica, os doentes com FM têm nas suas histórias infantis uma maior ocorrência de acontecimentos traumáticos quer de violência, quer de abusos sexuais.⁽¹⁸⁾ As suas histórias infantis estariam assim mais sobrecarregadas de acontecimentos traumáticos que poderiam vir a marcar o seu desenvolvimento psicológico, e portanto poderíamos pensar, as suas relações objectais e a sua vida mental.

Estudos que pretendem correlacionar FM e alexitimia, não são concludentes^(11,19)

As actuais classificações psiquiátricas oficiais, remetem-nos, se queremos pensar a FM como síndrome de dor crónica, mas também onde se incluem/sobrepõem outros diagnósticos como síndrome de fadiga crónica e SCI ou a DTM, como o demonstram vários estudos, para aquilo que é designado como Perturbações Somatoformes onde também se incluem As desordens de conversão e hipocondria (DSM IV e CID 10).

Encontramo-nos perante várias questões: uma doença reumatológica sem etiopatogenia esclarecida, sem sinais físicos ou laboratoriais que possam ser considerados patognomónicos; a existência nestes doentes de queixas que se organizam e sobrepõem a outras patologias classificadas psiquiatricamente e em que a natureza psicológica e não somática é para alguns indiscutível embora a sua compreensão estritamente psiquiátrica continue sem solução.

Não poderíamos deixar de reflectir aqui, as questões (contratransferenciais,) que estes pacientes desencadeiam nos médicos/terapeutas, com as suas queixas cronificadas, a sua elevadíssima dependência de cuidados e cuidadores, a relativa ineficácia dos

tratamentos oficialmente propostos e a frustração inerente dos referidos cuidadores médicos, o que poderá ser também um factor que leve à sua transferência para a psiquiatria. Para alívio dos clínicos!

3. Desconstruções II: O Ponto de vista Psicodinâmico e Psicossomático

A FM como entidade tem merecido pouco interesse nas revistas da área da psicanálise, tendo sido citada a propósito de alguns artigos em que se discute a questão da somatização vs conversão. ^(20,21,22,23)

Sami Ali no seu *Manual de Terapias Psicossomáticas*, levanta a questão de que estas terapias não poderiam ser abordadas sem antes se ter limitado um campo próprio a esta disciplina, que dividido entre a medicina e a psicanálise, sem um pensamento teórico onde todas as confusões teóricas parecem possíveis, permaneceria caótico e mal balizado.

Esta questão pareceria resolvida para a medicina, tratando um corpo real mediante as ciências que lhe permitem enfrentar o conjunto da patologia humana. E perante a queixa física sem fundamento objectivável remetê-la-ia para a psiquiatria, também biológica e portanto continuando ainda num corpo real.

A psicossomática existiria como medicina psicossomática, aliando factores psicológicos e orgânicos. Neste sentido, a psicoterapia poderia complementar o tratamento médico sem que se levante o problema dos limites do modelo teórico que o fundamenta. Para Sami Ali reduz-se, assim, o psíquico ao somático.

O mesmo autor refere que para Freud se passa da psicopatologia funcional (psiconeurose, psicose e perversão) à patologia orgânica, pela postulação da pulsão de morte; ligada à agressividade, voltada contra si mesma, poderia explicar as doenças que atingem o corpo real. A pulsão de morte só seria compreensível pelo processo de recalçamento que lhe serve de modelo. Mas seria sempre em função do corpo libidinal e na base da mesma etiologia sexual que seria realizada a extrapolação para a totalidade da patologia orgânica. O que não responderia á questão da psicossomática.

Assim, a psicanálise aplicada à psicossomática define uma terapêutica que dá conta da subjectividade mas pode correr o risco inverso, de reduzir o somático ao psíquico. Sami Ali introduz a noção de corpo imaginário, lugar de analogias e mediação para a compreensão dos fenómenos psicossomáticos.

Taylor a propósito da definição de somatização, baliza a questão na aceitação ou não da diferença entre este constructo e a conversão. ^(22,23) Tal remeter-nos-ia para a

problemática da compreensão de doentes em que a patologia se organiza simbolicamente num registo psiconeurótico, interpretável e noutra pré-genital, pré-verbal e pré simbólico.

Sem que possamos definir o registo psicodinâmico em que a FM se poderia enquadrar, parece-nos incontornável a necessidade de aprofundamento da sua compreensão, a partir deste ponto de vista.

A compreensão e elaboração sobre a somatização em geral, já existente poderá constituir um background para a compreensão da FM? E qual poderá ser a resposta propriamente psicossomática para a questão?

4. Terapêuticas

B. Shapiro descreve o tratamento, primeiro psicoterapêutico e depois psicanalítico, com um adolescente com queixas de dor e fadiga que o imobilizavam de forma absoluta.⁽²⁵⁾

Levanta a propósito, várias questões que me parecem fundamentais nestes pacientes em que a somatização se apresenta como a vertente fundamental organizativa do processo (psico)patológico:

a) As questões técnicas, que partem do suposto que a somatização é um mecanismo de defesa que é necessário respeitarem num primeiro tempo de psicoterapia; percepções, experiências sensoriais, e sintomas têm que ser tomados e aceites como experiências pré simbólicas e simbólicas não verbais a serem gradualmente ligados e transformados com palavras e metáforas verbais.

b) A procura de uma linguagem comum em que os elementos corporais a par de todos os outros pensamentos e imagens verbais é fundamental, podendo permitir que a correlação *psyche* e soma não seja sentida como uma acusação ou como uma impossibilidade.

c) A necessidade de aceitar a linguagem médica e até a recomendação de terapias físicas, que segundo a autora poderiam estabelecer pontes nesta clivagem mente/corpo. Ajudando também a construção de um ego corporal, de um corpo imaginário. Os cuidados integrados com os outros técnicos providenciariam um holding ambiental que mais uma vez diminuiria tal fosso.

d) A complexidade dos processos envolvidos, em que a propósito do material do seu paciente refere que ele não se podia compreender como só pré ou só edipiano, só como conflito ou défice, só traumático, desenvolvimental ou de formação de

compromisso; conversão, hipocondríase ou somatização; só dissociação ou recalçamento; como tendo raiz somente num processo de desregulação psicofisiológica ou na relação de objecto; como somente intrapsíquico, familiar, constitucional ou cultural...como sendo um processo só defensivo ou expressivo; somente depressivo, agressivo, sadomasoquista ou histérico; como sendo um processo consciente, pré-consciente ou inconsciente.

Segundo Shapiro, o material analítico demonstrou que os sintomas eram todas estas coisas e ainda mais!

Ela põe-nos perante os mais importantes paradigmas mentais que podem “explicar” a questão da somatização, e apresenta-nos uma modalidade de resposta terapêutica que para além de tecnicamente específica entra em linha de conta com um corpo necessitado em si mesmo de cuidados que são providenciados por outros cuidadores para além do psicoterapeuta.

Sami Ali refere que a psicoterapia dos pacientes psicossomáticos pode ser complementar ao tratamento médico, e tal tem de ser aceite e pensado como um passo inicial no tratamento destes pacientes.

O pedido dos pacientes, o enquadramento médico em que evoluem, nomeadamente a partir das queixas somáticas predominantes, no caso da FM, a dor crónica e a astenia, deveriam implicar a aceitação (do médico e do paciente) de uma intervenção psicoterapêutica que apareceria como complementar.

Do ponto de vista psicoterapêutico, as questões técnicas a ser consideradas remetem-nos para o âmbito da interpretação (o que interpretar, qual o nível da interpretação), da ligação dos processos simbólicos...e a consideração da (in)capacidade de simbolização deste tipo de pacientes.

Esta questão levanta do meu ponto de vista, uma certa imposição de contenção ao terapeuta, que pode representar, pelo menos numa parte inicial do processo terapêutico, um respeito radical pelo ponto de vista do paciente/a sua linguagem própria (como falava Shapiro), aquela que ele tem sobre a sua situação física e mental, mas também constrangimentos vividos a nível contratransferencial, em que um setting analítico interno necessita cuidados permanentes por poder representar para o terapeuta uma frustração narcísica importante. Este respeito a que aludo, faz, do meu ponto de vista, com que o terapeuta se abstenha de interpretar, e se remeta para uma posição que “ponha de parte” o seu saber hipotético e se deva manter numa postura de seguir e só, o paciente.

Shapiro fala da importância da escolha das palavras pelo analista/terapeuta, que remetem inevitavelmente para os seus próprios sentimentos e fantasias acerca de como mente e corpo se relacionam. Da sua capacidade para usar uma linguagem física tanto tempo quanto necessário e o (des)conforto e interesse que pode ter para tratar este tipo de pacientes.

Estas questões contratransferenciais são balizadas também pelas experiências anteriores do terapeuta, e pelas suas “convicções médicas”.

Por vezes a primeira sensação é a de não acreditar no doente como doente reumatismal! Mas sem dúvida que desde o princípio é possível acreditar completamente no seu sofrimento: físico tal como os doentes no-lo apresentam e também mental, como também vai sendo possível discriminar.

No hospital em que trabalho numa unidade de psiquiatria de ligação, os doentes com aquele diagnóstico chegam-nos da consulta da dor crónica e da reumatologia depois de longos percursos e longos tratamentos, muitos sendo também acompanhados por psiquiatria. Eles põem, neste contexto hospitalar, uma nova interrogação e inquietação.

Se trabalhar em psicoterapia estruturada que pode evoluir até um tratamento analítico levanta as questões atrás referidas, institucionalmente, onde as terapias dinâmicas individuais são reduzidas ou quase impossíveis, o que se pode fazer?

5. Conclusão

Os doentes com FM, quer possam ser vistos como um grupo à parte ou conjuntamente com outro tipo de pacientes (os doentes com dor crónica, de FC, de CII ou de DTM...) que apresentando algumas diferenças na sintomatologia podem ser compreendidos do ponto de vista do seu funcionamento mental como semelhantes, quer como pacientes que apesar do mesmo diagnóstico podem ter de ser compreendidos psicologicamente de modo diverso, constituem sempre um grupo que se apresenta com um enorme grau de sofrimento e de incapacidade daí resultante.

O diagnóstico que lhes foi proposto, mais ou menos controverso dentro da própria classe médica, tem pelo menos a vantagem de fazer com que alguma atenção lhes seja conferida e por assim dizer, que o seu sofrimento seja validado (independentemente da necessidade de avaliar sobre a existência de benefícios secundários, de qual seja a sua natureza e de como devam ser abordados no contexto da sua vida mental).

A maior tragédia dos pacientes com patologia somatoforme ou de somatização é a perda do direito a serem encarados como doentes “a sério”, e a concomitante quase perda da sua dignidade e direito a serem tratados, no contexto médico, mas também psiquiátrico (e psicoterapêutico).

Por outro lado, a “tragédia” de um diagnóstico médico/reumatológico pode ser a perda da possibilidade de compreensão e tratamento dentro de um quadro psicoterapêutico em que possam ser abordadas questões da sua vida mental e dos seus problemas de modo a serem compreendidos e transformados de forma abrangente, num registo verdadeiramente biopsicossocial,

A procura e oferta de uma resposta médica possível e “à mão”, significa também, a meu ver, que não existem outras respostas, nomeadamente psicoterapêuticas, dinâmicas e/ou psicossomáticas, integradas e integradoras, incapazes de se demonstrarem como possíveis e eficazes.

Como integrar e quando integrar, a que nível, as terapêuticas que contenham a possibilidade de transformação ao nível da vida mental dos pacientes? Sendo esta integração uma questão fundamental, como se poderá fazer com que ela seja levada em linha de conta de modo eficaz?

Bibliografia

1. International Association for the Study of Pain: Update on Fibromyalgia Syndrome, *Pain, Clinical Updates*, 2008, Vol. XIV (4).
2. Wolfe F, Smythe HA, Yunus BM, Bennet MR, *e tal.*: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia, *Arthritis and Rheumatism*, 1990, Vol. 33, (2): 160-172.
3. Rosenhal U, Johansson G, Orndahl G : Neurodiagnostic Findings in Chronic Primary Fibromyalgia with Dysesthesia. *Scand J Rehabil Med*, 1987, 19:147-152.
4. Hadj AD, Gerster JC: Meniere's Disease and Fibrositis Syndrome (Psychogenic Rheumatism): Relationship in Audiometric and Nystagmographic Results. *Acta Otolaryngol (suppl)*, 1984, 406:67-71.
5. Anderson JM: Fibromyalgia: A Poorly Understood Source of Significant Disability. *Journal of Controversial Medical Claims*, 2005, Vol. 12 (1)
6. Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M: Narrative Review: The Pathophysiology of Fibromyalgia. *Ann Intern Med*. 2007. 146:726-34.

7. Buskila D, Sarzi-Puttini P, Abin JN: The Genetics of Fibromyalgia Syndrome. *Pharmacogenomics*, 2007. 8:67-74.
8. Martinez-Lavin M: Biology and Therapy of Fibromyalgia. Stress, the Stress Response System, and Fibromyalgia. *Arthritis Res Ther*, 2007. 9:216-25.
9. Crofford LJ: Neuroendocrine Abnormalities in Fibromyalgia, *Am J Med Sci*. 1998. 315:357-79.
10. Desmeules JA, Cedraschi C, Rapiti E, Baumgartner E, Finckh A, Cohen P, Dayer P, Vischer TL: Neurophysiologic Evidence for a Central sensitization in Patients with Fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2003. 48:1420-9.
11. Malt EA, Olafsson S, Lund A, Ursin H: Factors Explaining Variance in Perceived Pain in Women with Fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2002. 3:12.
12. Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carraba M, Doria A, Atzeni F: Treatment Strategy in Fibromyalgia Syndrome: Where are we Now? *Pain*. 2008. 37:353-365.
13. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L: Management of Fibromyalgia Syndrome. *Jama*. 2004. Vol. 292 (19): 2388-95.
14. International Association for the Study of Pain: Global Year Against Pain in Women-Real Women, Real Pain. Fibromyalgia Syndrome. At www.iasp-pain.org. 2007.
15. Adams N, Sim J: Rehabilitation Approaches in Fibromyalgia. *Disability and Rehabilitation*. 2005. 27(12):711-23.
16. Steven AE, Kay G, Daniel C, Robert H, Daniel C, Lauren K, Julie K, Vinita L, David M, Mark W, Randy W, Sidney Z: Psychiatric Disorders in Patients with Fibromyalgia. *Psychosomatics*. 1999. 40:57-63.
17. International Association for the Study of Pain: Fibromyalgia Syndrome: Prevalent and Perplexing. *Pain, Clinical Updates*. 2003. Vol. XI (3).
18. Fillingim RB, Edwards RR: Is Self-Reported Childhood Abuse History Associated with Pain Perception Among Healthy Young Women and Men?. *Clin J Pain*. 2005. 21:387-97.
19. Brosschot JF, Aarsse HR: Restricted Emotional Processing and Somatic Attribution in Fibromyalgia. *Int J Psychiatr Med*. 2001. 31:127-146.
20. Cláudia Garcia Capitão, Érica Bonfá Carvalho: Psicossomática: Duas Abordagens de um Mesmo Problema. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 2006. Vol.7 (2) 21-29.

21. Matthis I: Emotional Life: A Perspective Close to the Body. *Scand Psychoan Rev.* 2005. 28;(1)11-21.
22. Taylor GJ: Psychoanalysis and Psychosomatics: A New Synthesis. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis.* 1992. 20 (2) 251-275.
23. Taylor GJ: Somatization and Conversion: Distinct or Overlapping Constructs. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis.* 2003. 31 (3) 487-508.
24. Sami Ali: Manual de Terapias Psicossomáticas
25. Shapiro B: Building Bridges Between Body and Mind: The Analysis of an Adolescent with Paralysing Chronic Pain. *International Journal Of Psycho-Analysis.* 2003. 84: (3) 574-561.
26. DSM-IV-TR, Manual de Diagnósticos e Estatística da Perturbações Mentais, 4ª Edição; Climepsi Ed.s. 2002.