

DOR[®]

Órgão de Expressão Oficial da APED

Volume 10, Número 1, 2002

Volume monotemático

DOR E PSIQUIATRIA

Editor convidado: *Dr. Arantes Gonçalves*

Director

José Manuel Castro Lopes

Director Executivo

José Manuel Caseiro

Acessora de Direcção

Ana Regalado

Conselho Científico

António Coimbra

António Palha

Aquiles Gonçalo

Armando Brito e Sá

Cardoso da Silva

Daniel Serrão

(P^o) Feytor Pinto

Gonçalves Ferreira

Helder Camelo

João Duarte

Jorge Tavares

José Luis Portela

José Manuel Castro Lopes

Maia Miguel

Martins da Cunha

Nestor Rodrigues

Robert Martins

Walter Oswald

Zeferino Bastos

Sumário

Editorial

A Especialidade de Medicina da Dor 3

José Manuel Caseiro

Mensagem do Presidente da APED 4

José Manuel Castro Lopes

Aspectos Psicológicos da Dor Crónica 5

Arantes Gonçalves

Intervenção Psicológica: Possibilidades de Colaboração entre Distintos Campos Científicos na Dor Crónica 10

Vera Araújo-Soares, Teresa McIntyre,

Margarida Figueiredo

Um Olhar (breve) Sobre a Dor Mental 20

Adelino Vale Ferreira

Dor e Patologia Psiquiátrica 25

Arantes Gonçalves

Dor Crónica: Uso de Técnicas de Relaxamento no seu Controlo 30

Fátima Magalhães, Sónia Ramos

Parece que engoli a gripe 34

Tiago Gama

Douleur et Psychosomatique 36

Sylvie Cady



PERMANYER PORTUGAL



NORMAS DE PUBLICAÇÃO

1. A Revista "DOR" considerará, para publicação, trabalhos científicos relacionados com a dor em qualquer das suas vertentes, aguda ou crónica e, de uma forma geral, com todos os assuntos que interessem à dor ou que com ela se relacionem, como o seu estudo, o seu tratamento ou a simples reflexão sobre a sua problemática. A Revista "DOR" deseja ser o órgão de expressão de todos os profissionais interessados no tema da dor.

2. Os trabalhos deverão ser enviados em diskete 3.5" 2HD (1.4 Mb) ou zip 100 Mb, para a seguinte morada:

Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92, 7º Esq.
1050-084 Lisboa

ou, em alternativa, por e-mail: aped@mail.pt

3. A Revista "DOR" incluirá, para além de artigos de autores convidados e sempre que o seu espaço o permitir, as seguintes secções: ORIGINALS - Trabalhos potencialmente de investigação básica ou clínica, bem como outros aportes originais sobre etiologia, fisiopatologia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento da dor; NOTAS CLÍNICAS - Descrição de casos clínicos importantes; ARTIGOS DE OPINIÃO - assuntos que interessem à dor e sua organização, ensino, difusão ou estratégias de planeamento; CARTAS AO DIRECTOR - inserção de

objecções ou comentários referentes a artigos publicados na Revista "DOR", bem como observações ou experiências que possam facilmente ser resumidas; a Revista "DOR" incluirá outras secções, como: editorial, boletim informativo aos sócios (sempre que se justificar) e ainda a reprodução de conferências, protocolos e novidades terapêuticas que o Conselho Editorial entenda merecedores de publicação.

4. Os textos deverão ser escritos configurando as páginas para A4, numerando-as no topo superior direito, utilizando letra Times tamanho 12 com espaços de 1.5 e incluindo as respectivas figuras e gráficos, devidamente legendadas, no texto ou em separado, mencionando o local da sua inclusão.

5. Os trabalhos deverão mencionar o título, nome e apelido dos autores e um endereço. Deverão ainda incluir um resumo em português e inglês e mencionar as palavras-chaves.

6. Todos os artigos deverão incluir a bibliografia relacionada como os trabalhos citados e a respectiva chamada no local correspondente do texto.

7. A decisão de publicação é da exclusiva responsabilidade do Conselho Editorial, sendo levada em consideração a qualidade do trabalho e a oportunidade da sua publicação.



© 2002 Permanyer Portugal
Av. Duque d'Ávila, 92 - 7º E
1050-084 Lisboa
Tel.: 21 315 60 81 Fax: 21 330 42 96



Impresso em papel ecológico

ISSN: 0872-4814

Dep. Legal: B-17364/2000

Reservados todos os direitos.

Sem prévio consentimento da editora, não poderá reproduzir-se, nem armazenar-se num suporte recuperável ou transmissível, nenhuma parte desta publicação, seja de forma electrónica, mecânica, fotocopiada, gravada ou por qualquer outro método. Todos os comentários e opiniões publicados nesta revista são da responsabilidade exclusiva dos seus autores.

Editorial

A Especialidade de Medicina da Dor

José Manuel Caseiro

Foi René Leriche, um neurocirurgião que todos olham como o verdadeiro pai da moderna Terapêutica da Dor que, em 1937, pela primeira vez, reconheceu ser a Dor *“muito mais uma doença do que um sintoma”*.

No pós-guerra, em meados do século XX, John Bonica, anesthesiologista, fazendo a ponte entre o sintoma e a doença, não só recuperou aquela verdade como lhe acrescentou a ideia de se tratar de uma complexa experiência humana, enfatizando os aspectos psicológicos e introduzindo o pioneiro modelo de abordagem multidisciplinar.

E se esta multidisciplinaridade foi o terreno – e continuará a ser por muitos mais anos – de todo o desenvolvimento das Unidades de Dor, ela despertou também, junto de algumas especialidades médicas, como a anesthesiologia, a neurologia, a neurocirurgia, a psicologia, a medicina física e outras, o interesse por este campo da medicina, tendo todas elas estado na base da prática clínica, da investigação, da educação e do desenvolvimento organizacional da Terapêutica da Dor.

O enorme contributo que este envolvimento deu ao desenvolvimento dos modelos de abordagem da Dor até aos nossos dias, veio no entanto gerar um embaraçante sentimento de propriedade do conhecimento na área da Dor, conduzindo a um clima de luta pela sua inclusão no seio das referidas especialidades.

Com que direito? Será a Dor pertença dos anestesistas, dos neurologistas, dos neurocirurgiões ou de outra qualquer especialidade? Porquê, com que direito e com que fundamento?

Citando Philipp Lippe, *Executive Medical Director da American Academy of Pain Medicine e Executive Vice-President do American Board of Pain Medicine*, *“se é certo que o conhecimento da Dor, encerra hoje, na sua origem, contributos de diversas especialidades, também não é menos verdade que enquanto especialidade ela tem uma alma, uma essência, que é única e distinta de todas as outras especialidades. O todo é aqui maior que a soma das partes”*.

O que se passa é que hoje todos reconhecem a necessidade da Dor se começar a aprender nas Facul-

dades e haver capacidade de treino na vida clínica para se poderem formar peritos na sua abordagem. É necessário haver quem investigue, quem ensine e quem trate.

E é aqui que, verdadeiramente, nasce a problemática da Medicina da Dor enquanto especialidade, sendo o momento crucial: qualquer erro cometido hoje, determinará um caminho errado e sem destino.

Se aceitarmos todos, humildemente, que a Dor não pertence especificamente a nenhuma especialidade das já existentes, mas constitui, isso sim, uma área de competência com capacidade para um desenvolvimento próprio, gerando condições únicas para o ensino, a investigação e o treino, poderemos assumir desde já a necessidade de ela se tornar uma especialidade e trabalharmos na concepção de um caminho firme e seguro, embora sereno e sem disputas de paternidade, para atingirmos aquele desiderato.

O percurso não será fácil, mas determinando metas e etapas como a definição e a criação de uma competência, programas curriculares realistas e o obrigatório desenvolvimento de mais Unidades de Dor, poderemos, dentro de alguns anos contar com um conjunto de clínicos possuidores da dita competência e apetrechados para organizar, em definitivo, a especialidade de Medicina da Dor.

Fica óbvio que o que estou aqui a defender implica a decisão inabalável de não caminhar para aquilo que considero o mais perigoso dos caminhos: a subespecialidade.

Esse seria o terreno adequado para as hostilidades, para a defesa da Dor como propriedade de algumas especialidades e para as tentativas de projectos de liderança de um processo que deverá ter em todos os interessados colaboradores empenhados, independentemente da área de conhecimento de onde provenham.

Em 2002, há ainda quem tenha dificuldade em aceitar e assumir as posturas de Leriche e Bonica, mas também não falta quem não desista de continuar a batalhar pelo prosseguimento firme de uma estratégia que conduza à especialidade da Medicina da Dor.

Voltarei a este tema.

Mensagem do Presidente da APED

José Manuel Castro Lopes

Por iniciativa do Director Geral e Alto Comissário da Saúde, Prof. Pereira Miguel, foi criada muito recentemente uma Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Esta comissão, que funcionará na dependência directa do Alto Comissário da Saúde, será coordenada pelo Presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, e integrará o Director do Instituto de Qualidade em Saúde, os Presidentes das cinco Administrações Regionais de Saúde do continente, um representante de cada um dos governos regionais das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, e quatro representantes de serviços da Direcção Geral de Saúde.

Com um mandato de dois anos, as funções principais da comissão serão a promoção, monitorização e avaliação do desenvolvimento e operacionalização do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, bem como a criação de suportes técnicos necessários à introdução de boas práticas profissionais na área da Dor.

Apesar do período de indefinição política que atravessamos actualmente, e sabendo que, mesmo em condições ideais, a criação de uma comissão por vezes não significa mais do que conjugar um grupo de pessoas eivadas das melhores intenções mas limitadas nas suas competências, creio que foi dado um sinal muito positivo do empenho das entidades governamentais em atingir os objectivos delineados no Plano Nacional de Luta Contra a Dor. O renovado envolvimento da APED fará com que, independentemente do governo que se venha a formar após as eleições de 17 de Março, haja uma voz empenhada em não permitir que caia no esquecimento o resultado de um trabalho técnico e político muito árduo, cuja implementação é inquestionavelmente fundamental para uma melhoria significativa da assistência médica no âmbito da Dor no nosso País.

Por outro lado, o Presidente da *European Federation of IASP Chapters* (EFIC), Prof. David Niv, lançou recentemente a discussão sobre a eventual criação a nível Europeu, de um grau de diferenciação médica em Medicina da Dor. Trata-se de um assunto polémico e de difícil concretização dadas as diferenças existentes

entre os vários países Europeus. Questões como as condições de acesso ao programa de formação, o currículo teórico mínimo, o tipo e duração do treino clínico, a entidade concessora do grau e o tipo de grau a conceder, estão longe de ser consensuais em vários países, pelo que uma harmonização europeia, se bem que desejável, não será seguramente atingida num curto espaço de tempo.

Em Portugal, a APED relançou esta discussão durante a sessão de comemoração do 3º Dia Nacional de Luta Contra a Dor, em 14 de Junho de 2001 em Espinho, num debate que contou com a presença de representantes da APED, da Ordem dos Médicos, e das Sociedades Portuguesas de Anestesiologia, Medicina Física e de Reabilitação, Neurologia e Reumatologia. Já em Janeiro deste ano, tive oportunidade de participar numa mesa sobre o mesmo assunto, durante a sessão de abertura das Jornadas de Dor do Hospital Garcia de Orta. Das discussões havidas nessas ocasiões, e de conversas mais informais que tenho tido com vários colegas, ressaltam, na minha opinião, dois aspectos fundamentais: por um lado, parece ser quase consensual a necessidade da criação de uma graduação em Medicina da Dor ou Algologia no nosso País; por outro lado, não há consenso quanto ao tipo de grau a criar, havendo opiniões divergentes entre as várias sociedades científicas e no próprio seio da APED (a este propósito, ver o editorial do Dr. José Manuel Caseiro). Nesse sentido, a Direcção da APED decidiu solicitar a convocação de uma Assembleia Geral da APED para discutir especificamente este assunto, e votar aquela que passará a ser a posição oficial da APED. Esperando que este número da revista seja entregue em tempo útil, aqui deixo o meu apelo a todos os sócios da APED para que participem activamente na discussão e votação que terá lugar no dia 16 de Março às 14.30 horas na biblioteca do Serviço de Anestesiologia do Hospital Universitário de Coimbra. Em qualquer organização democrática, a opinião da maioria prevalece, embora com todo o respeito, sobre a opinião das minorias. Para que a sua opinião conte, compareça!

Aspectos Psicológicos da Dor Crónica

A. Gonçalves

A dor é uma experiência universal. Segundo a definição da *International Association for the Study of Pain*, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada com actual ou potencial lesão, ou descrita em termos de tal lesão. Neste aspecto, é fundamental encarar a dor como experiência sensorial e emocional e não exclusivamente sensorial nociceptiva. Por outro lado, afirma-se que a dor é experiência desagradável e, como tal, é sempre subjectiva e dependente do estado biopsicológico e social do indivíduo. Assim, o estado actual da arte de abordar e tratar a dor reside na capacidade de avaliar a dor biopsicosocial.

Para tal, temos de compreender a complexidade a que nos referimos quando usamos um termo tão simples como dor.

A palavra dor deriva do termo latino *poena*, que significava punição. Ao longo dos tempos, a dor tem sido alvo de conceitos e teorias diversos. Inicialmente considerada o oposto de prazer, o coração era o seu centro, e o sangue, a sua vida de comunicação. Mais tarde, o cérebro tornou-se o seu centro, e a transmissão por tubos neurais, desde a pele até ao cérebro. Mais recentemente, assistiu-se à introdução da teoria do portão de controlo, à aceitação da influência dos factores psicológicos e à percepção de que a dor é o resultado de um processo biopsicológico muito complexo.

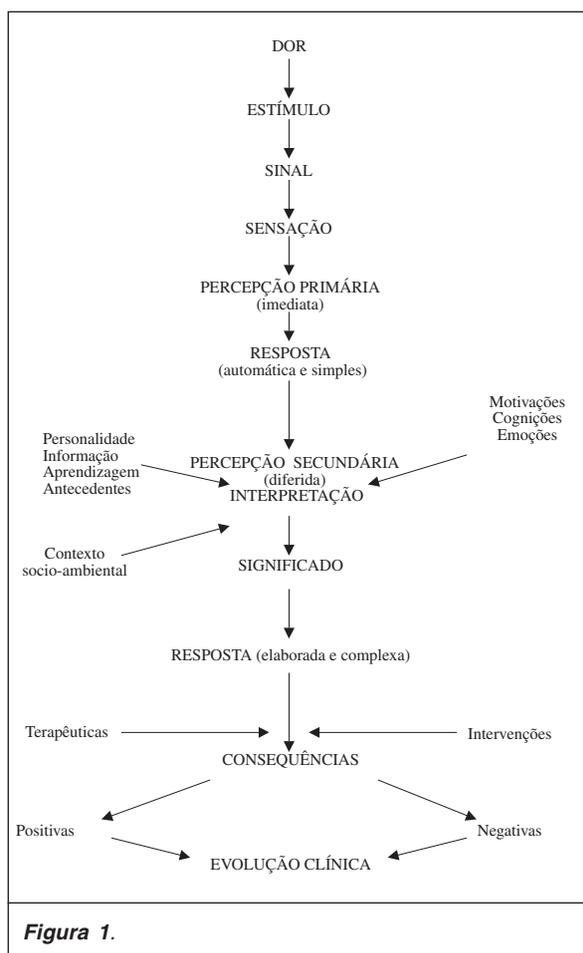
Em termos genéricos, a dor deriva de uma cadeia de acontecimentos, regra geral, iniciada por um estímulo nociceptivo que é alvo de actividade mental de prospecção, discriminação e eleição, resultando numa percepção primária predominantemente sensorial (conhecimento sensorial), revelada pelas características do local, da intensidade da dor, e que funciona como um componente mais passivo, de captação sensorial e imediato da percepção. É necessário salientar que, ao cérebro, chegam uma infinidade de informações internas e externas, e que este tem a capacidade de detectar as alterações, sensoriais por exemplo, e intervir sobre elas.

Segue-se um segundo componente da percepção da dor (percepção secundária), mais activo, cognitivo e emocional que, inserido no todo, contexto biopsicológico e social da pessoa, resulta na elaboração da experiência da dor por parte do sujeito.

A sensação é apenas um dos elementos estruturais da percepção da dor que se encontra intimamente associado ao componente nociceptivo da experiência da dor. Para termos conhecimento da dor, temos de ter sensação, sensação esta que é produto de um estímulo físico ou psíquico que activa receptores que transmitem a informação codificada até ao sistema nervoso central. Porém, para termos a experiência de dor, é necessário algo mais. O homem tem de estar consciente, pois se estiver inconsciente, por exemplo através da anestesia geral, não sentirá a dor, apesar dos circuitos nociceptivos estarem íntegros. Se a experiência de dor apenas surge a quem está consciente, então teremos de aceitar que a experiência de dor não está isolada, mas sim interdependente, de toda a actividade cerebral e mental. Assim, talvez possamos compreender por que inúmeras situações com actividade psíquica própria, como o desporto, a guerra ou práticas religiosas, podem igualmente alterar qualitativa e quantitativamente a experiência de dor. Consequentemente, a experiência de dor é individual, tem continuidade entre o presente e o passado, não é estática, tem intencionalidade e constitui-se na nossa actividade mental (Fig. 1).

Embora a dor esteja geralmente associada a uma lesão bem identificada, por exemplo, a fractura de um osso, é importante referir que dor não é lesão, reportando-nos, mais uma vez, à definição da IASP em que a dor pode ser descrita em termos de potencial lesão. O paciente pode descrevê-la como uma fígada, queimadura, pancada, peso, entre outros termos que são resultado de elaboração cognitiva para descrição de qualidades da dor.

Vejamos, por exemplo, a dor do amputado. Esta é localizada e descrita em termos dessa lesão e referida a uma parte do corpo que é virtual, o que revela que a experiência da dor ocorre no cérebro. Noutro exemplo, concretamente na distrofia simpática reflexa, pensamos que os mecanismos centrais cerebrais psicofisiológicos têm importância determinante no começo e evolução dessa entidade, só que a parte do corpo está presente e é o alvo observável da forte actividade neurofisiológica desencadeada por uma agressão física, regra geral mínima. Outra situação ocorre na anestesia histérica, em que há ausência de sensibilidade aos estímulos dolorosos com integridade neurofisiológica e em que a região insensível não segue os dermatomas sensitivos, mas sim o autoconceito topográfico do doente, onde o cérebro, mais uma vez, produz a experiência em que, provavelmente, mecanismos psicobiológicos afectivos intervêm.



Portanto, na primeira etapa da experiência da dor existe uma alteração do estado fisiológico que excita e modifica a matriz fisiológica previamente existente, sendo que o organismo responde a essa alteração tanto mais rápido e automático, quanto mais intenso, súbito e conhecido como ameaça (a memória perceptual pode não ser consciente e determina respostas automáticas) é o estímulo, pelo que menor será a participação da segunda etapa, muito mais complexa da experiência de dor, em que a sensação é interpretada no contexto global psicológico dinâmico e circunstancial do indivíduo, adquirindo um significado mais complexo e integrando-se na representação de dor.

Este segundo componente é também afectivo, específico e não reactivo (o sentir). É a experiência emocional da dor que ocorre na sequência de um conjunto de sentimentos, isto é, a lesão desperta no indivíduo sentimentos sensoriais intimamente ligados ao corpo, à sensação de que “algo está a acontecer” e sentimentos vitais de mal-estar desagradável. E também um sentimento anímico intimamente associado ao significado, constituindo-se uma memória de dor afectiva. Por exemplo, do acontecimento que provoca a lesão a que a pessoa reage com emoção ou emoções (medo, surpresa, expectativa, aceitação, raiva) que produz (em) uma resposta fisiológica por activação neurovegetativa idêntica ao stress, de intensidade muito variável, ocorrendo paralelamente uma resposta psicológi-

ca, com expressão e comportamentos da dor (vocalização, postura, alteração da actividade).

A emoção mais frequentemente associada à dor é o medo. O medo está associado com a ameaça à integridade biológica, ao bem estar, podendo desencadear um estado de ansiedade e de pânico idênticos a alguns dos doentes que sofrem de enxaqueca que, na eminência de uma crise, desenvolvem uma ansiedade antecipatória e pânico, o que por sua vez influencia a evolução da própria crise ou gera um estado de hiper-vigilância e tensão emocional permanente, que poderá ter como consequência, comportamental por exemplo, o abuso de medicação através de toma antecipada da mesma.

Há portanto um componente afectivo específico e intrínseco à própria dor e distinto da reacção afectiva que se pode seguir à experiência da dor e respectivas consequências.

O significado da dor é subjectivo, dependendo do resultado da avaliação cognitiva que o indivíduo em causa faz do acontecimento como um todo, o que constitui um factor importante a determinar o comportamento da pessoa com dor.

A dor tem um significado simples, objectivo e imediato quando a experimentamos através de uma pancada, mas pode ser muito complexo e distante da lesão física que provocou a dor, quando se sofre a influência de factores afectivos e motivacionais, sendo por isso diferente o acontecimento em si, a lesão quando existe e a descrição da experiência da dor.

A resposta à dor é cruzada, isto é, o trauma físico desencadeia um estado fisiológico, e o significado da dor uma resposta psicológica mas que interagem reciprocamente. Assim, as informações processadas a partir da lesão e do significado não estão separadas.

O aspecto motivacional intrínseco à dor insere-se nas representações cognitivas ou simbólicas de consequências positivas ou negativas antecipadas ou previstas e afectos conscientes ou inconscientes, o que juntamente com os outros comportamentos psicológicos modela a experiência de dor e comportamentos.

É importante referir que não é por acaso que os pacientes depressivos sem dor proveniente de estímulo físico referem o seu estado como dor angustiada, e que, em circunstâncias de tragédia, as pessoas invocam um sentimento de dor simultaneamente vital e anímico, mas sim porque a dor está também ligada a um componente cognitivo comum que é o sofrimento, bem como a outros estados psicológicos negativos.

As respostas emocionais e comportamentos de dor podem estar presentes sem estímulo nociceptivo, mas a partir de evocação da representação de dor voluntária ou involuntária, por vezes distante do estímulo sensorial, uma vez que a representação da dor, não sendo estática, pode modificar-se. Por exemplo, as respostas de dor podem mudar de intensidade consoante a representação de ameaça constitui maior ou menor risco vital para o indivíduo, sendo esta avaliação subjectiva.

A dor pode ser persistente, não porque o estímulo nociceptivo se mantenha, mas porque o significado e a emoção contidos na experiência da dor mantêm viva e constante a própria dor. Por exemplo, quando à lesão e experiência se associaram a uma alteração intensa do afecto provocado por outro acontecimento

externo ou interno, que não o nociceptivo. Deste modo, estímulos nociceptivos mínimos podem desencadear um comportamento prolongado da dor.

A percepção da dor tem sempre, no seu processo, a influência da memória, motivações, cognições e emoções, não sendo de todo linear, ou seja, não tendo relação directa com o estímulo ou mesmo com a sensação que a provocou. Por isso, as respostas podem ser muito diferentes de pessoa para pessoa e na mesma pessoa, dependendo do estado biopsíquico-social.

A possibilidade de experimentarmos dor é prioritária na presença de outros estímulos, embora dependa igualmente do estado afectivo e motivacional e da atitude de quem a experimenta. Assim, por exemplo, em estado de êxtase religioso pode haver analgesia com integridade de todo o sistema nervoso em presença de estímulos nociceptivos.

Nós reagimos quando imaginamos ou estamos em presença de situações de dor, como se estivéssemos a sofrer a acção de um estímulo nociceptivo, nomeadamente em situações de grande sugestibilidade, acompanhadas da produção de dor ou manifestações de dor na ausência de estímulo.

É muito importante integrar toda esta complexidade da experiência da dor na, não menos complicada, rede de actividade neurofisiológica que a suporta e compreender que a decomposição da experiência da dor é feita apenas para facilitar o seu estudo e explanação.

De uma forma muito simplificada, poderemos afirmar que existe um sistema de dor constituído pelas vias ascendentes aferentes, que transmitem a informação dos vários nociceptores periféricos até ao sistema nervoso central (e não um centro de dor), e pelas vias descendentes eferentes que modulam a dor. Pensamos que este esquema é, ainda assim, simples para suporte de tão grande diversidade de experiências de dor e patologias. Existirão vários níveis de interacção facilitadora (exacerbação de dor) ou inibidora (adaptação a dor) entre o estímulo, a percepção e a resposta, desde a periferia até ao sistema nervoso central. Outros mecanismos fisiológicos e analgesia endógena integram e modulam a dor em simultâneo com elementos psicológicos conscientes e inconscientes, experiências, memória e a expressão da dor. Nesse sentido, a investigação tem sugerido o envolvimento do tálamo, sistema límbico, áreas corticais e subcorticais cerebrais na percepção da dor e os sistemas neurotransmissores cerebrais. Pensamos que o sistema fisiológico de dor não está isolado nem é estático e sofre influências de outras informações internas e externas que modificam o próprio sistema de dor ainda por determinar.

Várias dificuldades se colocam na avaliação de um paciente com dor. A primeira é o facto de a dor ser subjectiva e, como tal, nós apenas poderemos inferir ou avaliar indirectamente a dor. Frequentemente, quando observamos uma lesão, é possível inferir a presença da dor, embora, caso não exista lesão, não se possa excluir a existência de dor, uma vez que toda a queixa de dor é real seja qual for a sua causa. A simulação é única excepção. No entanto é importante avaliar a presença maior ou menor da dor mental ou dor somática ou vice-versa, pois as intervenções e resultados

são diferentes. É também frequente pensar-se que, sempre que a causa objectiva da dor é tratada, esta desaparece. Porém, tal não é verdade porque, por vezes, a dor persiste muito para além do tratamento da doença e por múltiplos factores.

A segunda é que dependemos da comunicação verbal e não verbal do paciente, sendo assim o uso de outras actividades mental e comportamental que constitui a versão e reacção do paciente, com toda a complexidade subjacente que estas pressupõem. A exuberante manifestação da dor pode não ter relação directa com a lesão que a causa, embora tal não signifique que a dor seja provocada por um problema emocional. As queixas de dor são influenciadas por estados psicológicos e motivacionais do indivíduo, mas também por factores internos bem mais complexos que, por ultrapassarem a consciência do próprio, não são comunicados ou são mesmo negados. Em determinados estados psicológicos, como por exemplo tristeza, incerteza ou ansiedade, e por exemplo na presença de ganhos secundários, as queixas de dor aumentam. Portanto, não há sempre relação directa entre a gravidade da lesão e a intensidade da dor.

As emoções podem interferir na dor de vários modos; estas podem ser: causa determinante da dor, um estado prévio e concomitante, um factor posterior da manutenção da dor ou um factor de exacerbação da dor.

A realidade fundamental a ter em conta é que os factores psicológicos da dor estão presentes desde o seu início, sendo os factores psicológicos que vão determinar a evolução adaptada ou inadaptada à dor, caso esteja associada a uma doença crónica ou, na ausência desta, a evolução crónica da dor. De facto, podemos questionar por que é que, geralmente, estes casos são apenas avaliados psicologicamente por exclusão de presença de patologia orgânica e após inúmeras terapias sem sucesso? Por que é que estes factores psicológicos são entendidos sempre consequência de dor crónica ou pertença de um caso psiquiátrico? É nossa convicção que os factores de ordem psíquica estão presentes no início do quadro de dor e intensificam-se e complicam-se, acompanhando a evolução para a cronicidade. Deste modo, é importante salientar a extrema relevância da avaliação multidisciplinar simultânea somática e psicológica para a prevenção da cronicidade da dor.

Foi revisto de uma forma sucinta e geral alguns dos aspectos conceptuais da dor, fundamentais para o conceito multidimensional da dor, passando a seguir a uma abordagem da dor crónica, para compreender e avaliar o paciente com dor numa perspectiva actual e, simultaneamente, multidisciplinar.

A diferenciação entre dor aguda e dor crónica ultrapassa o factor temporal.

Geralmente, a dor aguda constitui um sinal biológico útil, motivando a pessoa a procurar ajuda. A dor aguda está frequentemente associada a uma lesão ou patologia bem identificadas e compreensíveis para o doente e clínico, tendo tratamentos prioritários e bem definidos. Se, por um lado, as suas características descritivas e o comportamento do doente estão de acordo com a lesão que as provoca, por outro, as necessidades e atitudes do paciente estão em sinto-

nia com os objectivos do tratamento, havendo assim uma elevada probabilidade de sucesso no tratamento ou intervenção.

A dor crónica, por sua vez, é frequentemente persistente, prolongando-se no tempo e, apesar de constantes avaliações, não tem uma explicação satisfatória para o clínico e para o doente. As intervenções terapêuticas múltiplas são frequentes e mal sucedidas. Esta dor está associada a estados emocionais de frustração, desmoralização, desespero, sofrimento, insónia, irritabilidade, a inactividade prolongada, a dependência, a alteração de relacionamentos interpessoais, familiares ou sociais, a modificação do estilo de vida e também ao envolvimento de múltiplos factores psicológicos e sociais que interagem, contribuindo para cronicidade.

É necessário distinguir respectivamente os quadros de dor crónica com patologia somática crónica e os casos de dor crónica sem patologia somática que a justifique. No primeiro caso, o problema que se coloca reside em avaliar se o processo de adaptação está a ser bem ou mal sucedido, isto é, se outras complicações e factores atrasam ou interrompem essa evolução; no segundo caso, estamos perante uma verdadeira síndrome de dor crónica.

Claro que esta divisão é simplista e, na prática, tudo é mais difícil e os quadros clínicos não se apresentam definidos temporalmente nem na dualidade apresentada. Cada caso é único e, além do mais, os clínicos não prevêem quais os que vão evoluir para a cronicidade com as consequentes intervenções, contribuindo elas próprias, por vezes, para essa cronicidade.

Assim, verificamos que, para a sua compreensão, são importantes outras vertentes psicológicas e conceitos cognitivos e comportamentais na análise da dor.

Do ponto de vista psicodinâmico, a dor ou a inadaptação à dor resultam de conflitos que lhes estão subjacentes. O doente mantém a dor e hipervaloriza-a, mas esta é apenas e frequentemente o sintoma visível de uma necessidade reprimida ou sofrimento psíquico. A dor pode servir como mecanismo de defesa para evitar que o doente tome consciência de um conflito, constituindo deste modo um benefício primário, ou veículo para a obtenção de ganhos ou mudanças no relacionamento com outros (benefício secundário). Nalgumas relações familiares fortemente solícitas, a dor pode constituir um benefício terciário. A dor pode não ter uma patologia somática demonstrável, mas pode ter um estímulo mental simbólico ou funcional. Determinados acontecimentos na vida dos pacientes originam sentimentos de perda ou culpa que persistem durante anos, podendo encontrar expressão através da dor. Por outro lado, em casos de grande complexidade, a dor é, por vezes, usada na relação médico/doente numa repetição neurótica ou transferencial de outra relação.

Os traços psicológicos, como a dependência, desconfiança, passividade, manipulação, ansiedade, podem igualmente predispor e contribuir para a inadaptação ou manutenção da dor, já que esta pode resultar desse factor psicológico latente, potenciador de uma avaliação especial e da resposta do doente à dor e condições envolventes, resposta esta que seria diferente se esses traços não estivessem presentes.

Os factores psicodinâmicos estão, de facto, nitidamente implicados nalguns casos de dor, mas os aspectos cognitivos e comportamentais estão presentes de imediato, em todos os casos, sendo que a avaliação cognitiva e comportamental assume uma grande importância na dor.

O doente tem comportamentos em resposta à presença de dor, isto é, senta-se ou deita-se, fica inactivo ou passivo, chora ou queixa-se de dor, comportamentos estes que são perfeitamente observáveis pelos conviventes mais próximos. Estas reagem a estes comportamentos, executando os serviços ou tarefas que competiam ao doente, prestando-lhe mais atenções e apoio (reforço positivo); quando o doente começa a realizar essas mesmas tarefas, ninguém repara ou é criticado (reforço por punição do comportamento sadio). Estes episódios repetitivos levam a que as respostas à dor sejam reforçadas. Segundo a teoria do condicionamento operante, se os comportamentos são positivamente reforçados, a probabilidade de estes acontecerem aumenta, mas se, pelo contrário, estes são seguidos de estímulos aversivos, diminuem. Portanto, os comportamentos de dor e as respostas à presença de estímulos nociceptivos, como a inactividade, podem ser reforçados. De igual forma, os comportamentos de actividade são, por vezes, extintos pelo estímulo aversivo e punição que a dor constitui ao exacerbarem os estímulos nociceptivos, pela mobilização. Os comportamentos operantes da dor têm por finalidade objectiva a diminuição da dor, como a inactividade ou a toma de medicação. Estes comportamentos e respostas podem ser totalmente adaptados, mas também podem ser o início da aprendizagem de respostas mal-adaptadas, isto é, com a continuação do reforço positivo, estas respostas passam a adquirir padrões de comportamentos operantes da dor, ou seja, o doente exhibe as mesmas respostas, o mesmo comportamento de dor, mesmo na ausência de estímulo nociceptivo. Estas respostas são muito frequentes nos doentes com síndrome de dor crónica e estes padrões de comportamento autónomos da presença de estímulo nociceptivo muito difíceis de extinguir, já que passam a ser controlados e seleccionados pelas respostas externas ao doente no seu ambiente familiar e social, que é também frequentemente modificado e estabelecido. Os profissionais na área da dor têm, nestes casos, uma tarefa difícil e por vezes não compreendida pelos seus pares que, inadvertidamente, continuam a reforçar positivamente esses comportamentos.

Um outro aspecto comportamental dos doentes com dor crónica é determinado pelo medo antecipado de sentir dor, que condiciona comportamentos de evitamento da mesma. A dor é um sinal de perigo ou alarme para o indivíduo, estabelecendo-se assim o medo face a determinadas actividades, actividades estas que passam a ser evitadas na ausência de dor, existindo igualmente determinados estímulos que, pela co-ocorrência frequente associada à dor, deixam de ser neutros e provocam a mesma resposta na ausência de dor (condicionamento clássico). Se o medo evoluir patologicamente, o doente passa a evitar actividades mínimas ou outras sem relação com a dor, iniciando-se um círculo

vicioso de dor. A antecipação da dor desperta a ansiedade com resposta psicofisiológica, desencadeia tensão psíquica e física e aumenta a susceptibilidade de sentir dor. A esta situação, o doente responde com inactividade, ficando aliviado. Só que este círculo vai-se apertando, caracterizado por um crescente evitamento e modificação do estilo de vida do doente. Se a dor desencadear uma ansiedade cada vez maior no doente, este estado e os mecanismos de tensão tornam-se permanentes, pelo que a dor é contínua. Esta ansiedade pode resultar da própria condição de dor ou ainda de outros acontecimentos stressantes, ambientais ou relacionais (familiares, sociais).

No entanto, a dor crónica tem ainda outros aspectos psicológicos subjectivos que fazem parte da experiência da dor e interagem e modulam reciprocamente com as respostas comportamentais que são as cognições, como, por exemplo, o conceito de que a dor é um sinal de aviso, e as emoções como a ansiedade e o medo.

De uma forma simplificada, podemos exemplificar que a dor é interpretada como uma situação perigosa (cognição), acompanhada por ansiedade (emoção), desejo de alívio (motivação) e procura de ajuda (acção-comportamento).

A cronicidade da dor depende da interacção entre a cronicidade da doença e a resposta do paciente a essa cronicidade.

Cada doente tem os seus padrões de pensar, sentir e agir, que utiliza na avaliação e resolução dos acontecimentos da sua vida, sendo que a dor crónica pode constituir um desses acontecimentos.

A persistência da dor no paciente pode despertar cognições irracionais e disfuncionais. O paciente com dor crónica centraliza todos os pensamentos na dor ou aspectos relacionados. As cognições negativas, em conjunto com outros aspectos psicofisiológicos, podem determinar a persistência da dor, mas são mais preditivas de depressão que a intensidade da dor.

O paciente pensa, por exemplo, “nunca mais vou melhorar...”, “ninguém quer saber do meu caso...”, “ainda não encontrei a medicação certa...”, “eu não posso fazer nada...”, “tenho alguma doença muito má sem solução...”, “se dói é porque há alguma doença”. Estas são crenças e atribuições comuns negativas, que surgem automaticamente e que têm grande interferência nas emoções que determinam, nos comportamentos e nas alterações psicofisiológicas.

Encontramos, com frequência, a fixação em cognições que revelam o sofrimento, afirmação da presença de uma doença, ambiguidade, preocupação somática, generalização, catastrofização, desmoralização, culpabilidade, hostilidade, depressão ou reivindicação de compensação.

Dado que os doentes são processadores activos e selectivos de informação, é de extrema importância sabermos o que pensam sobre todos os aspectos relacionados com a dor, sejam passados ou actuais, e qual o significado que atribuem à dor, as consequências antecipadas da dor, aos tratamentos e as suas expectativas pessoais. Estes aspectos são subjectivos e deles resultam as estratégias de adaptação à dor, as respostas às intervenções e tratamentos de dor.

Para as pessoas em geral, a dor crónica é uma experiência desconhecida e, por isso, facilmente se estabelecem falsos conceitos, afastados da realidade, como, por exemplo, a convicção que a dor deve desaparecer totalmente e posteriormente iniciar a actividade, quando sabemos que a actividade é o caminho para a redução de dor, ou ainda pensar que as melhoras dependem apenas do tratamento e não do próprio, assumindo o doente um papel passivo e ficando à espera que o melhorem. Os pacientes com dor crónica assumem pensamentos, sentimentos e comportamentos baseados nas experiências de dor aguda, o que conduz à inadaptação, maior sofrimento, desmoralização, devido ao desfasamento entre duas realidades e com características diferentes. A crença de que há sempre uma causa evidente, cura e que os médicos resolvem tudo coloca os pacientes em maior risco de iatrogenização, através da procura sem limites de processos de cura, repetindo a procura de soluções imediatas que em consequência agravam o quadro de dor crónica. Os clínicos são colocados perante a rerepresentação aguda do quadro de dor crónica e idealizados, o que dificulta a atitude, mas a única correcta que será a de informar e confrontar o paciente da cronicidade da dor e propor ou orientar para avaliação psiquiátrica ou psicológica na área da dor e ouvir a opinião destes últimos. Deste modo, as cognições em relação à dor, doença e tratamento são muito importantes para a promoção de uma adaptação e colaboração em estratégias activas de tratamento de dor crónica. Todos estes factores psicológicos são importantes e nenhum é exclusivo. Um factor importante no paciente com dor é a sua motivação. Observa-se nalguns casos que o doente não coopera, resiste, em que nada resulta, que tem motivações não conscientes diferentes da orientação terapêutica a seguir, como exemplos a retaliação dos clínicos por raiva mascarada, ou evitar o confronto com outra dor, frequentemente a mental, ainda mais intensa e difícil de enfrentar. Estas outras motivações só se modificam com mudanças cognitivas e emocionais, o que na sua ausência impedem o objectivo terapêutico, pois este não é comum ao clínico e paciente.

O doente tem de possuir informação adequada sobre a sua doença e mudar as suas cognições para que possa adequar-se à realidade, ter maior autocontrolo, abandonando as cognições disfuncionais e a aquisição de sentimentos de auto-eficácia. Para tal é fundamental que a comunicação exista entre os vários técnicos que intervêm no paciente.

A dor crónica e o seu tratamento é um processo dinâmico e em mudança que coloca um grande desafio, um longo tempo de intervenção aos técnicos até ao equilíbrio do paciente-dor, não é um estado fixo, imutável e de resignação.

A avaliação e tratamento dos pacientes com dor resulta melhor, sobretudo na dor crónica de modo multidisciplinar. Esta só pode ser efectuada por uma equipa alargada, passando pela formação sobre os componentes psicológicos da dor e pela reconceptualização de que a dor é muito mais do que um sintoma clínico. Na dor crónica o doente faz parte integrante dessa equipa e a sua pessoa nas dimensões biológicas, psicológicas e sociais é o foco da avaliação e intervenção.

Intervenção Psicológica: Possibilidades de Colaboração entre Distintos Campos Científicos na Dor Crónica

V. Araújo-Soares¹, T. McIntyre¹, M. Figueiredo²

Resumo

No texto que de seguida se apresenta serão inicialmente referidos alguns dos marcos históricos relacionados com a intervenção psicológica na dor crónica. Seguidamente proceder-se-á à descrição e revisão de algumas das intervenções efectuadas em pacientes que apresentam diferentes tipos de diagnóstico com o sintoma de dor crónica. Inicialmente, serão referidas as intervenções nas quais a localização e a etiologia da dor não são especificadas. Num segundo foco, examinaremos o caso da dor lombar, referindo estudos que especificam o lugar da dor mas não a sua etiologia; aqui apresentaremos um estudo português. De seguida, vamos considerar as intervenções realizadas no caso de “dor ideopática”, na qual a etiologia se presume ser psicológica. Por último, vamos abordar, brevemente, a intervenção farmacológica uma vez que esta poderá actuar de uma forma sinérgica com as diversas intervenções psicológicas. Será debatida a importância do trabalho em equipas multidisciplinares em Unidades de Dor.

Palavras chave: Intervenção e dor crónica. Psicossocial. Multidisciplinar.

Summary

In the following article the authors will present some of the historical marks related with the psychological intervention in chronic pain patients. Next they proceed to the description and critical revision of some of the implemented interventions with patients that present different aetiologies for their chronic pain. Initially, the interventions presented don't refer a specific pain location, but then a focus will be made on the specific case of chronic lumbar pain (one of the most presented in literature); at this point a Portuguese study with patients with chronic lumbar pain will be presented and its implications discussed. Then the authors will consider some of the interventions implemented in cases described as “idiopathic pain”. Finally, some considerations are made regarding pharmacological interventions and the way it can be associated with a psychological intervention as a form of increasing the therapeutical effects. Concluding the authors will reflect upon the data favouring the importance of a multidisciplinary team work in Chronic Pain Units.

Key words: Intervention and chronic pain. Psychosocial. Multidisciplinary.

¹Departamento de Psicologia da Universidade do Minho

²Departamento de Psiquiatria do Hospital de S. Marcos

A recente história da intervenção psicológica na dor não é desconhecida. Podemos dizer que terá começado informalmente há alguns séculos atrás quando os curandeiros, longe das modernas técnicas farmacológicas, utilizavam técnicas baseadas em princípios da distração e mesmo formas rudimentares de analgesia hipnótica. Outro marco nesta história pode ser colocado em 1930, desde esta data que a ciência comportamental se aliou à prática clínica com o objectivo de combinar um conjunto de técnicas para o alívio e confronto da dor. O trabalho de investigadores como Jacobson (1939 em Horn e Munafò, 1997) demonstraram a eficácia do relaxamento muscular progressivo em múltiplos quadros, incluindo aqueles que envolvem a presença de dor. Em 1960 Miller, et al. demonstraram que a função do Sistema Nervoso Autónomo poderá ser modificada através do condicionamento operante, e assim lançaram as bases para o *biofeedback* (Horn e Munafò, 1997). Fordyce (1976) ao propor e demonstrar o papel do condicionamento operante no fenómeno da dor crónica veio trazer um novo tijolo para a construção do edifício da intervenção psicológica na dor. A teoria do *Gate Control* proposta por Melzack e Wall (1982) demonstrou, claramente, a necessidade de integrar factores neurofisiológicos e psicológicos para a obtenção de uma melhor compreensão do fenómeno da percepção da dor. Os modelos de intervenção propostos por autores como Turk, et al. (1983) baseados em modelos cognitivo-comportamentais abriram mais uma porta para a intervenção psicológica neste campo.

Os primeiros sucessos da intervenção psicológica surgiram da impossibilidade, sentida por alguns médicos, em tratar determinados pacientes com condições de dor crónica. Estes pacientes eram enviados ao psicólogo como último recurso; o facto de não terem conseguido fazer nada por aquele paciente fazia-os crer numa dor idiopática com causa psicogénica. As armas inicialmente possuídas pela psicologia para intervir nestes casos eram eminentemente comportamentais. Actualmente reconhece-se que uma condição de dor, seja de origem orgânica ou não, pode ser alterada através da utilização de intervenções psicológicas. Deste modo, os métodos de intervenção e tratamento da dor têm evoluído para a inclusão de procedimentos psicológicos, adicionando este vasto conjunto de novas formas de intervir com outras formas médicas de intervenção (Horn e Munafò, 1997).

De seguida vamos fazer uma breve revisão acerca dos estudos controlados efectuados nesta área, quer com doentes de dor relacionada com a presença de algum tipo de condição física quer com doentes que apresentam dores não relacionadas com qualquer tipo de patologia orgânica conhecida. Estes estudos vão ser avaliados tendo em conta os critérios apresentados pela *American Psychological Association – Division of Clinical Psychology – Task Force Report on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (Chambless, et al., 1995) – para tratamentos empiricamente validados. De acordo com o relatório efectuado por esta equipa de trabalho, os critérios para *intervenções bem estabelecidas* incluem uma demonstração de eficácia através de pelo menos dois

estudos clínicos de diferentes investigadores com pré- e pós-teste e dois tipos de grupos – experimental e controlo – nos quais a condição a comparar seja um placebo apropriado ou um tratamento alternativo. Os estudos devem ser conduzidos com um manual de tratamento e as características da amostra devem ser bem especificadas. O tratamento é considerado *provavelmente eficaz* nos casos onde só existe um estudo com as mesmas características do anterior ou dois bons estudos existem, mas possuem dificuldades. Estas podem referir-se à heterogeneidade da amostra ou ao facto de as comparações da intervenção serem efectuadas em relação a uma lista de espera e não a um tratamento alternativo. Os tratamentos que não são pelo menos *provavelmente eficazes* são considerados terapias experimentais.

Dada a diversidade das etiologias da dor – artrite, lombalgias, cancro (Wilson e Gil, 1996) –, uma das dificuldades encontradas na planificação de um programa de intervenção consiste nas diversas tipologias de dor existentes: dor aguda ou dor crónica, que pode ser causada por uma patologia identificável ou sem possibilidade de identificação da sua origem biológica, podendo ser benigna ou maligna. De facto, o sintoma “dor” é algo que está associado a um vasto espectro de diferentes síndromas, doenças, traumas ou patologias (quer físicas quer psicológicas) (Turk e Rudy, 1992). Apesar de toda esta complexidade, os pacientes com dor crónica são muitas vezes tratados como um grupo homogéneo que se descreve como apresentando o “síndrome de dor crónica” (Blak, 1975). Assim sendo, para estes pacientes é prescrito o mesmo tipo de intervenção, seja esta psicofarmacológica, psicológica ou alguma forma de integração dos dois tipos de tratamento.

Na literatura podemos encontrar diversos sistemas de classificação de dor crónica, que variam no grau de especificidade. Os autores da *Gate Control Theory*, Melzack e Wall (1982), consideram que a dor pode ser inserida em três categorias diferentes: a) dor na qual a causa é aparente, mas o tratamento é inadequado (p. ex. osteoartrite, artrite reumatóide); b) dor sem causa conhecida, mas cujo tratamento é adequado (p. ex. nevralgia do trigémio), e c) dor na qual a causa é desconhecida e o tratamento inadequado (p. ex. dores lombares, fibromialgia, cefaleias, etc.). Outros autores, como Turk, et al. (1983), categorizam a dor em quatro subdivisões: a) dor aguda (dor aquando do nascimento de um filho); b) dor crónica periódica (p. ex. enxaquecas, anemia falciforme); c) dor crónica benigna e intratável (p. ex. dor crónica lombar), e d) dor crónica progressiva (p. ex. dor provocada por uma condição de cancro, artrite reumatóide ou osteoartrite). Alguns investigadores estão a tentar estudar que tipos de intervenção são mais eficazes com categorias de dor diferentes (Mersky, 1986; Sanders e Brena, 1993; Turk e Rudy, 1992). No entanto, a resposta diferencial ao tratamento ainda não foi avaliada em estudos controlados (Wilson e Gil, 1996). Os diferentes protocolos que têm sido utilizados incluem vários tipos de medidas psicológicas, comportamentais e de funcionamento geral, bem como medidas físicas. Contudo, ainda estamos longe

de saber qual o tipo de intervenção mais adequado, uma vez que as intervenções têm sido realizadas com grupos de dor bastante heterogéneos.

A maior certeza que podemos ter no campo da dor crónica é da sua complexidade, definida pela combinação de mecanismos periféricos, centrais e psicológicos (Melzack e Wall, 1982). Um paciente que vive com dor crónica não só experiencia a sensação de dor, mas também vive com alterações significativas no seu dia a dia, tais como limitação da sua actividade, humor ansioso ou depressivo, pouca energia, distúrbios de sono, problemas familiares, bem como isolamento social (Keefe, Gil e Rose, 1986). Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal forma absorvidos na procura constante de alívio para as suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que face a novas avaliações se encontrem novas formas de intervenção. Desta forma, muitas vezes são submetidos a intervenções cirúrgicas desnecessárias ou tornam-se dependentes de analgésicos.

Vamos agora rever algumas das intervenções efectuadas em pacientes que apresentam diferentes tipos de diagnóstico com o sintoma de dor crónica. Inicialmente, serão referidas as intervenções nas quais a localização e a etiologia da dor não são especificadas. Num segundo foco, examinaremos o caso da dor lombar, referindo estudos que especificam o lugar da dor mas não a sua etiologia, aqui apresentaremos um estudo português. De seguida, vamos considerar as intervenções realizadas no caso de “*dor idiopática*” na qual a etiologia; se presume ser psicológica. Por último, vamos abordar, brevemente, a intervenção farmacológica uma vez que esta poderá actuar de uma forma sinérgica com as diversas intervenções psicológicas.

Dor crónica heterogénea

Muitos estudos examinaram a eficácia de determinadas intervenções psicológicas, tais como a terapia cognitiva-comportamental, terapia comportamental-operante e hipnose em casos de dor crónica heterogénea. Nestes estudos foram agrupados pacientes com uma grande variedade de queixas (dor nas costas, nas articulações, na face, com artrite, etc.). Muitos compararam intervenções cognitivo-comportamentais com grupos de controlo – lista de espera. Por exemplo, Philips (1987), utilizando uma amostra de doentes em ambulatório, os quais submeteu a uma intervenção cognitivo-comportamental, comparou os resultados com um grupo de controlo (lista de espera). O tratamento cognitivo-comportamental possuía nove sessões que envolviam treino de relaxamento, estabelecimento de objectivos, redução da medicação, treino de estratégias de *coping*, aumento gradual da actividade e lidar com emoções como a ansiedade e a depressão. O estudo revelou melhoras clínicas significativas em 83% dos participantes. Mais especificamente, os pacientes demonstraram uma diminuição significativa na dimensão afectiva da dor, na depressão e nos comportamentos de evitamento. Num estudo semelhante, Puder (1988) avaliou a eficácia de um programa de

intervenção cognitivo-comportamental similar com dez sessões. Nestas, enfatizava-se o *coping* com a dor, o treino de técnicas específicas para o controlo da dor e a modificação de pensamentos que exacerbam a dor. Os pacientes, com idades entre os 27 e os 80 anos, foram aleatoriamente designados para o grupo experimental e para o grupo de controlo (lista de espera). Os pacientes no grupo experimental conseguiam lidar mais eficazmente com a dor, relatavam uma menor interferência desta na sua vida quotidiana, bem como uma diminuição no consumo de medicação.

Numa tentativa de examinar a eficácia diferencial de vários tipos de técnicas, autores como Linton e Gotestam (1984) compararam o treino de relaxamento, relaxamento mais condicionamento operante e uma condição de controlo (lista de espera). O grupo que foi submetido ao treino de relaxamento recebeu a intervenção em ambulatório, enquanto o grupo submetido ao treino de relaxamento conjuntamente com o condicionamento operante recebeu a intervenção diariamente. O condicionamento operante envolvia o encorajamento de um tipo de medicação contingente ao tempo e não à dor, um aumento da actividade física, uma minimização dos comportamentos de doente e um aumento de comportamentos de saúde. Os resultados indicaram que os pacientes do grupo de intervenção melhoraram significativamente em relação ao grupo de pessoas que estavam na lista de espera. Estas mudanças observaram-se em relação à redução da medicação, medidas de actividade física e de depressão. Quanto à eficácia diferencial dos dois tipos de intervenção, verificou-se que os pacientes que receberam a intervenção constituída por treino de relaxamento e condicionamento operante mais facilmente reduziam a toma de medicação do que os pacientes que apenas foram submetidos ao treino de relaxamento. Os resultados sugerem que o treino de relaxamento era suficiente para reduzir os níveis de dor, mas para aumentar os níveis de actividade e reduzir a medicação um programa de intervenção com condicionamento operante é mais vantajoso. Uma das críticas que não podemos deixar de fazer a este estudo é a de que as condições de administração do tratamento nos dois grupos de intervenção não eram homogéneas, no primeiro grupo de intervenção com um componente de relaxamento em ambulatório numa base semanal, ao passo que no segundo grupo a intervenção foi realizada diariamente. A constatação destas diferenças faz com que os resultados devam ser encarados com grande cautela, considerando-se crucial a realização de uma investigação que responda a esta crítica numa tentativa de ultrapassar as limitações deste estudo.

Outras investigações, com grupos de pacientes apresentando dor heterogénea, examinaram o impacto de uma intervenção cognitivo-comportamental em contextos multidisciplinares. Num estudo planeado de modo a que se pudesse avaliar a diferença entre uma intervenção em ambulatório e internamento, Peters e Large (1990) seleccionaram aleatoriamente os pacientes de modo a que pertencessem a uma de três condições: a) programa de intervenção

multidisciplinar com a duração de 4 semanas para doentes internados; b) programa de intervenção multidisciplinar de 9 semanas para pacientes em ambulatório e c) grupo de controlo. O primeiro programa de intervenção possuía uma orientação cognitivo-comportamental e incluía treino de relaxamento, reestruturação cognitiva, distração, aumento do exercício físico, terapia individual, gestão da medicação e reforço de comportamentos saudáveis. O programa de intervenção com doentes de ambulatório foi descrito como educacional, apesar de terem sido debatidos conselhos para o aumento da actividade física, o estabelecimento de objectivos, gestão da medicação e do *stress* e treino de relaxamento. Os resultados indicaram que os pacientes que participaram quer num quer noutro grupo de intervenção apresentavam níveis mais elevados de bem-estar psicológico, menos comportamentos de dor, menos limitações relacionadas com a saúde e menor intensidade de dor depois da realização de exercício físico, quando comparados com o grupo de controlo. Uma das críticas que pode ser efectuada a este estudo reside no facto de as condições aparentemente não estarem bem controladas, de modo que não sabemos a que se devem na realidade os efeitos dos resultados encontrados.

Em geral, as investigações acima apresentadas sugerem que as intervenções com orientação cognitivo-comportamental são mais benéficas do que condições de controlo (lista de espera). As provas obtidas da avaliação destes estudos indicam ainda que uma intervenção multidisciplinar e mais compreensiva a nível da dor poderá levar à obtenção de melhores resultados. Contudo, este grupo de estudos apresenta algumas limitações como o facto de não descrever adequadamente as suas amostras, verificando-se que estas são bastante heterogéneas, não existindo um controlo das condições de administração da intervenção, o que limita a possibilidade de generalização dos resultados obtidos e dificulta a sua interpretação.

Lombalgia crónica

Os estudos com pacientes de dor crónica lombar representam uma tentativa de delimitar o problema em termos da localização e especificação da dor sentida. No entanto, estes estudos são similares aos referidos anteriormente, uma vez que também estes não definem a etiologia fisiológica da dor crónica. Usualmente a dor lombar pode apresentar uma grande variedade de etiologias: patologia discal, osteoartrite, osteoporose, traumática, tensão muscular/espasmos. Contudo, estas causas são agrupadas conjuntamente e tratadas nas mesmas análises.

Autores como Altmaier, Lehmann, Russel, Weinstein e Kao (1992) seleccionaram aleatoriamente 45 pacientes com dor crónica lombar. A investigação efectuada por estes autores possuía duas condições: programa de reabilitação *standard* que funcionava em regime de internamento e no qual participaram 45 sujeitos; e outro grupo de sujeitos foi submetido ao programa de intervenção *standard* acrescido de uma

intervenção psicológica. O programa *standard* consistia em educação acerca da medicação, recondicionamento físico, envolvimento familiar e apoio. O componente psicológico consistia no treino de relaxamento e de estratégias de *coping*, com reforços contingentes à execução de exercícios físicos. Os resultados não revelaram qualquer diferença significativa entre os dois tipos de intervenção. De facto, os dois programas eram muito similares, uma vez que o programa de reabilitação já incluía algumas características psicológicas. Parece ter sido esta semelhança a responsável pela ausência de diferenças entre estas duas condições.

Num outro estudo efectuado com os mesmos objectivos, Nicholas, Wilson e Goyen (1992) distribuíram aleatoriamente 20 pacientes por duas condições: cinco sessões de terapia comportamental e cognitiva com um componente educacional no qual a inactividade, a depressão e a toma de medicação numa base horária era discutida (C-C), acrescentando-se ainda uma dimensão de fisioterapia. Havia ainda um componente de intervenção psicológica com treino de relaxamento, reestruturação cognitiva e aumento gradual da actividade física. A segunda condição possuía um igual número de sessões não directivas acrescida de fisioterapia. Contrastando com os resultados de Altmaier, et al. (1992), os resultados deste estudo revelaram que, apesar de não se observarem diferenças na intensidade da dor entre as duas condições, os pacientes que fizeram parte do primeiro grupo melhoraram significativamente em medidas de limitação funcional (cotadas por outros significativos), no uso de estratégias de *coping* activas e da medicação, bem como a nível de crenças de auto-eficácia. Em relação às condições experimentais deste estudo, verifica-se que estas parecem estar mais eficazmente controladas do que as anteriores, o que nos permite olhar para estes resultados de uma forma mais segura.

Outros autores como Turner, Clancy, McQuade e Cardenas (1990) também revelaram maiores benefícios da inclusão de intervenções psicológicas conjuntamente com a prática de exercício para o tratamento da dor crónica lombar. Neste estudo, 96 pacientes com dor crónica lombar foram aleatoriamente distribuídos por quatro grupos distintos: a) terapia comportamental mais exercício; b) apenas terapia comportamental; c) apenas exercício, e d) um grupo de controlo que permanecia em lista de espera. Os grupos de terapia comportamental incluíam os pacientes e os seus cônjuges. A duração foi de duas horas por semana em 8 semanas, sendo a intervenção focada em estratégias de comunicação de modo a que os comportamentos de saúde fossem reforçados em detrimento da apresentação de comportamentos de doente e de dor. Os resultados indicaram que, apesar de se terem observado resultados positivos em todos os grupos de intervenção, os pacientes que participaram na primeira condição (terapia comportamental mais exercício) apresentavam melhores resultados na cotação da intensidade da dor quer pelo próprio quer pelo cônjuge, bem como decréscimos a nível da incapacidade física e psicológica,

quando comparados com o grupo de controlo. Neste estudo, a introdução do cônjuge no processo de intervenção apresenta-se como uma nova contribuição, sendo algo que merece uma avaliação cuidada, em especial se não esquecermos o facto de os comportamentos de dor se encontrarem submetidos às mesmas leis de aprendizagem.

Outro objectivo dos estudos que se focam na intervenção com pacientes que apresentam lombalgias crónicas nas costas tem sido o de contrastar a eficácia relativa de diferentes tipos de intervenção psicológica. Um exemplo disto é o estudo realizado por Turner e Clancy (1988). Estes autores reuniram uma amostra de 81 pacientes e distribuindo-os aleatoriamente por três condições em regime de ambulatório: a) intervenção comportamental-operante (8 sessões), similar à anteriormente referida; b) intervenção cognitivo-comportamental (com treino de relaxamento, imaginação guiada e capacidade imagética, identificação de emoções negativas associadas a distorções cognitivas e reestruturação cognitiva), e c) grupo de controlo (lista de espera). Os resultados obtidos demonstraram que os pacientes no primeiro grupo melhoraram comparativamente aos outros dois grupos em relação às classificações pessoais e do cônjuge quanto ao funcionamento físico, comportamental e psicológico. Não se verificaram diferenças em relação ao nível da intensidade da dor. Depois de um *follow-up* de doze meses, os efeitos das duas intervenções eram do mesmo tipo.

Noutro estudo efectuado por Nicholas, Wilson e Goyen (1991), distribuíram-se 55 pacientes com lombalgia crónica por 6 condições experimentais de forma a avaliar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental e o condicionamento operante com e sem treino de relaxamento num contexto de internamento e de ambulatório. Havia duas condições de controlo – sessões não directivas e de fisioterapia ou apenas fisioterapia. O grupo de terapia cognitivo-comportamental incluía um componente educacional, no qual a inactividade, a depressão e a toma de medicação num intervalo de tempo pré-estabelecido eram temáticas abordadas, possuindo também um componente de intervenção psicológica com treino de relaxamento, reestruturação cognitiva e aumento gradual da actividade física. Quanto ao grupo de terapia por condicionamento operante, este focava-se na actividade física reduzida associada à dor crónica e nas consequências deste tipo de actividade, entre as quais se pode contar uma diminuição da força muscular. Os objectivos estabelecidos consistiam na redução da medicação, passando os sujeitos a ingerir-na nas horas recomendadas, e no aumento das actividades sociais e laborais de uma forma gradual. Todos os pacientes foram submetidos a fisioterapia e a um programa de exercício. A análise dos resultados revelou que a intervenção combinada de terapia psicológica associada a fisioterapia apresentava melhores resultados do que as duas condições de controlo em medidas como: a intensidade da dor, o auto-relato de limitações funcionais, bem como as cognições disfuncionais relacionadas com a dor. Os pacientes que receberam uma intervenção baseada no paradig-

ma do condicionamento operante (com e sem relaxamento) demonstraram maiores ganhos em medidas de auto-relato de limitação funcional e uso de medicação do que os pacientes que participaram nas outras condições. Este estudo revela-se bastante importante e inovador, uma vez que compara tratamentos psicológicos com tratamentos não psicológicos, incluindo dois grupos de controlo de modo a controlar os efeitos que possam estar associados ao contacto com o terapeuta.

Num estudo realizado por Slater, Doctor, Pruitt e Atkinson (1997) foi avaliada a eficácia clínica de uma intervenção comportamental em 34 doentes com dor crónica lombar. A avaliação foi efectuada utilizando uma estratégia empírica de modo a quantificar a mudança individual de cada paciente. Dos 34 doentes, 17 foram submetidos à intervenção comportamental e outros 17 passaram apenas pela intervenção médica usual, tendo sido submetidos ao mesmo tipo de medidas no tempo com o propósito de se poder realizar uma comparação descritiva. Da intervenção comportamental constavam os seguintes componentes: i) educação acerca da dor lombar e sua função; ii) aumentos sistemáticos a nível da actividade física (p. ex. caminhar e aumentar a força muscular); iii) planeamento e comprometimento com determinadas actividades; iv) reforço contingente para a melhoria da funcionalidade e actividade e o não reforço de comportamentos relacionados com o papel de doente, e v) treino de resolução de problemas e de auto-ajuda. Outros componentes de tratamento eram considerados em casos especiais, como a redução sistemática de medicamentos em casos de abuso (este módulo não era utilizado em todos os casos, mas apenas quando se constataavam problemas a este nível). O tratamento providenciado tinha a duração de uma hora por semana de sessões individuais durante aproximadamente oito semanas, com avaliações *follow-up* de três e seis meses. A intervenção médica habitual era providenciada de acordo com a prática do ortopedista e podia incluir cirurgia ou não, dependendo das necessidades individuais de cada paciente. Os cuidados médicos podiam incluir testes de diagnóstico, medicação (tipicamente sem esteróides e com agentes anti-inflamatórios), por vezes procedimentos minimamente invasivos (tais como injeções de esteróides), recomendações de actividade (p. ex. tal como o descanso na cama, um regresso gradual ao trabalho, exercícios de flexão e extensão, modificação das imediações do lar) e consulta com psiquiatria, terapia física e/ou serviços médicos. O tipo de intervenção médica reflectia um vasto conjunto de práticas médicas correntes para o tratamento de pessoas com dor crónica lombar, constituindo-se como o tratamento usual recebido numa clínica ortopédica. Foi utilizado o modelo de Jacobson e Truax (1991) para detectar as diferenças clinicamente significativas nos pacientes que receberam tratamento médico ou comportamental. As alterações do momento do pré- para o pós-teste foram avaliadas de duas formas: avaliaram-se as alterações significativas num intervalo de confiança de 95%, bem como as mu-

danças clínicas significativas a nível da depressão, da limitação e da dor. Os resultados providenciaram provas da eficácia da intervenção comportamental, que produziu resultados positivos clinicamente significativos no grupo. Utilizando os critérios de Jacobson e Truax, verificou-se que 47% dos pacientes exibiam alterações significativas, ao passo que 41% apresentavam resultados positivos clinicamente significativos pelo menos numa das três medidas utilizadas no momento de pós-intervenção, apresentando resultados similares aos da população normal.

Um estudo conduzido por Stategier, et al. (1997) utilizou vários instrumentos de avaliação. O primeiro foi a parte I do Inventário Multidimensional da Dor de West Haven-Yale (IMD; Kerns, Turk e Rudy, 1985), que mede o funcionamento psicossocial confrontando várias dimensões: a) percepção da gravidade da dor; b) interferência da dor na vida; c) controlo percebido sobre a vida; d) *distress* afectivo, e e) apoio percebido dos outros. Outros instrumentos utilizados foram o Inventário da Depressão de Beck (versão curta com 13 itens, Beck e Beck, 1972 em Stategier, et al., 1997), uma escala de suporte social (*Social Provisions Scale*, SPS; Russel e Cutrona, 1984 em Stategier, et al., 1997), a escala *Pain Rating Index* do Questionário da dor de McGill (Turk, 1988), os coeficientes do α de Cronbach vão de 0,83 a 0,91 (Altmaier, et al., 1993; Turk, Rudy, e Salovey, 1985) e a escala *Low Back Pain Rating Scale* (Lehmann, Brand, e Gorman, 1983, em Wilson e Gil, 1996), que avalia o funcionamento do paciente em termos de critérios físicos, percepção do paciente e dos médicos. Nesta intervenção, 21 pacientes receberam um programa de reabilitação tradicional de terapia física e educação. Este programa consistia em sessões de terapia física duas vezes por dia, bem como sessões diárias de treino aeróbico. As aulas diárias de educação ensinavam mecanismos de controlo da dor e providenciavam apoio por parte de um grupo. Vinte e quatro pacientes receberam esta intervenção tradicional acrescida de outro tipo de intervenção cognitivo-comportamental que abarcava vários componentes tais como: a) planeamento diário de exercício; b) treino de relaxamento; c) treino de *biofeedback*, e d) treino de estratégias de *coping* cognitivo-comportamentais. Dos 45 pacientes, 14 foram classificados como disfuncionais, 12 como tendo dificuldades interpessoais e 14 como indivíduos que possuíam estratégias de *coping* “adaptativas/minimizadoras”. Quanto aos resultados obtidos, estes indicaram que os melhores resultados apareceram a nível dos pacientes classificados como “disfuncionais”, o que veio replicar os resultados anteriormente obtidos num estudo realizado por Rudy, et al. (1995). Talvez estes resultados estejam relacionados com o facto de os sujeitos classificados como “disfuncionais” possuírem “muito por onde melhorar”. As diferenças entre os grupos eram mais aparentes nas medidas físicas: os pacientes “disfuncionais” melhoraram mais do que os “interpessoalmente desajustados”, quer nas percepções da gravidade da dor quer no funcionamento físico. O grupo de pacientes classificados como “disfuncionais”

melhorou ainda mais do que os “adaptativos/minimizadores” na escala que avaliava o controlo sobre a vida, o que significa que para os pacientes disfuncionais a intervenção foi associada a aumentos significativos nesta dimensão. Quanto aos pacientes classificados como “interpessoalmente desajustados”, estes parecem não ter sido ajudados com a intervenção, no que diz respeito à gravidade da dor e a melhoras no nível de funcionamento físico. No que concerne aos indivíduos “adaptativos/minimizadores”, verificou-se que estes apresentaram piores resultados na escala de controlo sobre a vida do que os outros dois grupos. Em contraste com os resultados anteriores, talvez este grupo tenha melhorado em menor escala, pois à partida já se encontrava posicionado mais favoravelmente.

Em Portugal desenvolveu-se um manual de intervenção psicológico e multimodal na dor crónica lombar (McIntyre, Araújo-Soares e Brown, 1999 em Soares, 1999), finda a fase de construção, que teve como contributos todas as citadas anteriormente, procedeu-se à sua aplicação, com vista à avaliação da sua eficácia. Assim, o programa foi implementado junto a pessoas com dor crónica lombar. Para tal foram contactados os serviços de Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação e Consulta de Dor de dois Hospitais Distritais. A investigação realizada apresentou cariz quase-experimental, tendo participado, voluntariamente, 33 sujeitos no grupo experimental e 36 no grupo de controlo, com idades compreendidas entre os 18 e os 72 anos de idade. Análises iniciais a estes dois grupos revelaram (apesar destes não terem sido seleccionados aleatoriamente) semelhanças na maioria das variáveis estudadas no momento de pré-teste. Os sujeitos do grupo experimental foram submetidos ao programa de intervenção psicológica e à intervenção *standard* dos serviços de ortopedia, medicina física de reabilitação e dor. O tipo de intervenção médica reflectia um vasto conjunto de práticas médicas correntes para o tratamento de pessoas com dor crónica lombar. O grupo de controlo em lista de espera foi sujeito, apenas, aos serviços habituais (*standard*). Assim, o estudo consistiu em provar a eficácia deste programa, bem como os efeitos sinérgicos da conjugação deste com a intervenção médica *standard*, tendo-se realizado medidas pré- e pós-intervenção. Os instrumentos utilizados na investigação destinavam-se a avaliar os resultados do programa de intervenção em variáveis como a intensidade, frequência e qualidade da dor, a interferência da dor no quotidiano, os estilos de *coping*, o *locus* de controlo, as experiências subjectivas de sofrimento, a depressão, bem como a morbidade física e psicológica. Três hipóteses foram testadas. A hipótese 1 previa diferenças significativas pré-pós, para o GE, nas variáveis estudadas indicando uma diminuição nas medidas de dor, um aumento nas estratégias de *coping* e uma diminuição no uso da medicação. A hipótese 2 previa diferenças significativas entre o GE e o GC no momento de pós-intervenção, com melhores medidas para o GE quanto às medidas da experiência da dor ao *coping* e uso de medicação. A hipótese 3

previa que sujeitos clinicamente deprimidos obtivessem menores benefícios do programa de intervenção do que os sujeitos não deprimidos. Dos resultados obtidos no pós-teste, salienta-se a confirmação das hipóteses principais do estudo, com melhores resultados para o grupo experimental. Observaram-se diminuições na frequência e intensidade da dor, nos níveis de morbidade física e psicológica, de sofrimento e depressão, com claros aumentos em termos das estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados dos testes de hipóteses e das análises efectuadas confirmaram um conjunto de dados da literatura que indicam a força sinérgica deste tipo de intervenção, conjugada com a médica, no tratamento de pacientes com dor crónica. Estes dados apontam para a necessidade urgente de integrar abordagens multidisciplinares e biopsicossociais no tratamento da dor crónica, especialmente no contexto hospitalar (Araújo-Soares e McIntyre, 2000).

Este conjunto de estudos apresenta evidências empíricas de que uma intervenção cognitivo-comportamental é eficaz para pacientes com lombalgia crónica, diminuindo os comportamentos de dor, mas não a sensibilidade a esta. Os estudos em pacientes com dor crónica nas costas geralmente englobam amostras mais homogéneas (pelo menos a nível da localização física da dor) e incluem comparações face a um placebo apropriado ou face a condições apropriadas de controlo. Em muitos destes estudos são utilizados manuais de intervenção (Wilson e Gil, 1996; Araújo-Soares e McIntyre, 2001), o que é uma característica positiva a notar, uma vez que diminui a possibilidade de variáveis parasitas e mediadoras interferirem nos resultados obtidos. No entanto, as amostras possuem uma dimensão reduzida, o que implica a necessidade de replicação. Em geral, verifica-se que as intervenções de carácter multimodal são mais eficazes do que os programas que se focam apenas num ou dois componentes. Também se verifica que o adicionar de um componente psicológico à terapia tradicional (p. ex. cognitivo-comportamental) apresenta um efeito complementar e sinérgico em todas estas intervenções.

Síndromas de dor idiopática

Um conjunto de intervenções psicológicas têm-se focado nos síndromas de dor idiopática. Neste tipo de síndrome não existe uma causa física determinada ou então a dor relatada é excessiva face às provas físicas encontradas (Edelson e Fitzpatrick, 1989; Pilowsky e Barrows, 1990. Em: Wilson e Gil, 1996). Num estudo efectuado por Edelson e Fitzpatrick em 1989, tentou comparar-se terapia cognitivo-comportamental individual, hipnose e treino do foco atencional. Os resultados indicaram que os pacientes que receberam a intervenção cognitivo-comportamental começaram a passar mais tempo de pé, quando comparados com os outros dois grupos. Os pacientes que receberam terapia cognitivo-comportamental ou hipnose apresentavam níveis mais baixos de intensidade da dor do que o grupo de controlo (Wilson e Gil, 1996).

Todas as investigações referidas até aqui indicam que as intervenções psicológicas que incluem treino de relaxamento, reestruturação cognitiva, estratégias de distração, aumento de actividades capazes de produzir sentimentos de prazer de uma forma gradual, que contrabalançam momentos de actividade com momentos de descanso, a capacidade de estabelecer objectivos pessoais, bem como o reforço de comportamentos de saúde são geralmente eficazes em indivíduos que apresentam dor crónica. Muitos destes estudos deram uma resposta eficaz aos critérios referidos anteriormente como essenciais para se poder considerar um estudo como válido (Keefe, et al., 1986). De facto, estas intervenções deram origem a importantes resultados: aumento dos níveis de actividade, diminuição do uso de medicação e diminuição nos níveis de dor relatados. Além disso, o seguimento destes sujeitos revelou a manutenção dos ganhos por 6 a 18 meses (Wilson e Gil, 1996).

Notavelmente, os estudos referidos possuem boas medidas e quatro dos estudos, apesar dos ganhos obtidos, não apresentaram uma diminuição significativa nos níveis relatados de dor (Altmaier, et al., 1992; Nicholas, et al., 1992; Puder, 1988; Turner e Clancy, 1988). Estas descobertas são consistentes com os estudos de Fordyce, Roberts e Sternbach (1985 em Wilson e Gil, 1996), que revelam que a intervenção psicológica não se destina a tratar a dor crónica *per se*, mas, sim, a intervir nos comportamentos de dor, embora seja raro que nestas intervenções os terapeutas também tenham como objectivo a redução da medicação. Apesar destes resultados serem favoráveis a uma intervenção psicológica, a maioria deles apresenta algumas limitações metodológicas. Muitos deles apenas incluíam um grupo de controlo em lista de espera, não possuindo outros grupos que nos pudessem dar resposta acerca do efeito do contacto com o terapeuta ou de outros parâmetros potencialmente importantes. Em termos dos estudos de seguimento (*follow-up*), verifica-se que na sua maior parte apenas 50 a 60% dos sujeitos que participaram nas intervenções fizeram parte deste seguimento. Existe ainda uma heterogeneidade considerável em termos individuais em factores como o tipo de dor crónica. Factores como o ambiente familiar, estratégias cognitivas de *coping* e crenças disfuncionais interferem na resposta às intervenções efectuadas e, apesar de muitos estudos terem avaliado estas variáveis, a maioria destes não analisou o impacto destes factores no tratamento. Outras limitações residem no facto de determinadas variáveis não serem avaliadas, como as medidas demográficas e as de funcionamento global durante a pré-intervenção.

Em suma, a literatura abordada sugere que o paciente que recebe tratamento psicológico, incluindo terapia cognitiva e comportamental e/ou terapia comportamental operante de modo a conseguir lidar com a dor crónica (não provocada por doença biológica), apresenta melhores resultados nas medidas de *coping*, intensidade da dor, nível de actividade e comportamentos de dor. O efeito da intervenção psicológica no uso da medicação encontra-se menos esclarecido. Contudo, muitas questões permanecem por responder,

como o impacto de uma etiologia específica nos resultados da intervenção. A interferência da constituição psicológica do sujeito nos resultados da intervenção também necessita de posterior investigação. Relacionada com esta questão surge outra (Wilson e Gil, 1996): Quais os tratamentos mais adequados face a determinado tipo de dificuldades avaliadas nos casos de dor crónica?

Intervenções farmacológicas

Existem, primariamente, duas abordagens de intervenção farmacológica na dor crónica: medicação narcótica e medicação psicotrópica (Walsh, 1991). Dentro dos narcóticos, temos os opiáceos de longa duração. No entanto, muitos autores se referem ao potencial aditivo deste tipo de medicação, fixando-se muitos programas de intervenção multidisciplinar na redução do uso deste tipo de medicação.

As investigações efectuadas nesta área revelam que a toma da medicação apresenta maiores benefícios quando ocorre em intervalos de tempo fixos do que quando é tomada face ao aparecimento da dor em SOS. Num estudo levado a cabo por Berntzen e Gotestam (1987), no sentido de verificar este facto, distribuíram-se aleatoriamente os pacientes por duas condições durante uma semana: a) toma de medicação face ao aparecimento da dor e b) toma da medicação em intervalos de tempo fixos. Os resultados indicaram que os pacientes que recebiam os analgésicos em intervalos fixos apresentavam cotações de dor mais baixas e níveis mais elevados de humor, do que os pacientes que recebiam a medicação face ao aparecimento da dor. Os dois tipos de formas de tomar a medicação não apresentaram resultados diferenciais quanto à actividade física desenvolvida pelos sujeitos. Assim, parece poder concluir-se que o modo de tomar a medicação pode influenciar a intensidade da dor relatada, o estado de humor, parecendo não apresentar qualquer tipo de interferência em vários tipos de medidas de actividade física.

Quanto à medicação psicotrópica, podemos referir, particularmente, os antidepressivos, que parecem dar cada vez mais provas do seu efeito analgésico na dor crónica. Ao examinar os efeitos analgésicos dos antidepressivos, especialmente daqueles que inibem a recaptção da serotonina (Gourlay, et al., 1986), investigadores como Goodkin, Gullion e Agras (1990) distribuíram aleatoriamente 42 pacientes com lombalgias por duas condições: 6 semanas de toma de um inibidor da recaptção da serotonina ou um placebo. Este estudo é único, pois apenas incluiu pacientes com alterações orgânicas documentadas na área lombar e sacra. Os resultados indicaram a ausência de efeitos do tratamento em relação ao placebo para medidas como: a intensidade da dor; a depressão; o funcionamento psicológico ou físico; o comportamento de dor observado; e a actividade física. Contudo, por outro lado, num estudo “duplo cego” de 4 semanas, comparou-se o efeito de dois antidepressivos tricíclicos: a doxepina e a desipramina. Neste estudo, ambos os antidepressivos levaram a uma diminuição da dor (Ward, 1986).

Outros estudos têm sido efectuados. Num utilizou-se um inibidor da recaptção da noradrenalina (maprotilina) a par com inibidores da recaptção da serotonina (clomipramina), aplicando-se esta substância a pacientes com dor idiopática (Eberhard, et al., 1988). Os resultados revelaram que os pacientes que receberam maprotilina apresentavam níveis de intensidade da dor e de desconforto mais reduzidos no pós-teste, verificando-se que os pacientes que receberam a intervenção com clomipramina apresentavam uma redução significativa a nível da tristeza, desconforto corporal, tensão interna, dificuldades de concentração, perturbações de memória e dor (medida através de uma escala visual analógica), concluindo-se que a clomipramina parece ter levado a níveis de dor mais baixos.

Os estudos realizados nesta área do conhecimento parecem revelar que a toma de medicação a intervalos fixos parece ser a mais adequada. A eficácia a longo prazo deste tipo de intervenção (psicotrópicos) não é clara, uma vez que apenas num dos estudos realizados se procedeu a uma avaliação de *follow-up* (Ralphs, et al., 1994). Quanto aos antidepressivos, parece que estes apresentam alguma eficácia na intervenção a este nível, revelando modestos efeitos quanto à redução da dor. Mais uma vez, somente um estudo procedeu a um *follow-up* e, desta forma, os efeitos a longo prazo continuam incertos.

Um dos pontos fortes destes estudos farmacológicos reside no facto de serem constituídos por amostras específicas com uma descrição detalhada do tipo de etiologia relacionada com a condição de dor crónica, ao contrário de muitos estudos psicológicos realizados neste domínio. Outro ponto positivo é o facto de terem sido estabelecidos protocolos, o que permite uma replicação fiel dos estudos a qualquer momento, por qualquer equipa de investigação. Contudo, e apesar destes pontos fortes, constata-se várias limitações, como o facto de muitos destes estudos possuírem amostras reduzidas, o que limita a possibilidade de fazer generalizações. Existe ainda uma grande variabilidade na resposta ao tratamento, o que pode dever-se a diferenças interpessoais que os estudos efectuados nesta área não se têm preocupado em avaliar (Wilson e Gil, 1996).

Tendo em conta todas estas limitações, e sem esquecer os seus pontos de maior consistência, pode dizer-se que a intervenção farmacológica parece ser responsável por melhorias modestas na cotação da intensidade da dor por parte dos pacientes com dor crónica.

Conclusão/discussão

A intervenção psicológica foca-se principalmente no exame do impacto de intervenções cognitivo-comportamentais no relato e resposta face à dor. As intervenções incluem o treino em estratégias de *coping* com a dor tais como: estratégias de relaxamento e distração, aumentar as actividades sociais e físicas agradáveis, reestruturação cognitiva, estabelecimento de objectivos e resolução de problemas (Sanders, 1996; Bradley, 1996). Reconhecendo-se a natureza multidisciplinar da experiência de dor, muitos dos estudos

psicológicos incluem medidas de avaliação que investigam a percepção da dor, as respostas fisiológicas, o funcionamento comportamental e o ajustamento familiar e social. Geralmente, a investigação revela que as intervenções psicológicas são eficazes ao longo de uma vasta gama de medidas, sendo os benefícios mantidos pelo menos até um ano após a intervenção.

No futuro, serão necessários estudos que contrastem as intervenções farmacológicas com as intervenções psicológicas, avaliando ainda os efeitos sinérgicos de uma abordagem combinada. Uma pergunta que ainda continua por responder é a forma como as intervenções cognitivo-comportamentais levam aos ganhos positivos observados. Relacionados com a questão do mecanismo de ação estão os fatores que poderão ser considerados como preditores da resposta ao tratamento. Aqui podem estar incluídas variáveis demográficas, de apoio social e de estilos de *coping* que podem interferir na resposta à intervenção. É ainda importante estudar os efeitos da adesão ao tratamento. Autores como Lutz, Silbert e Olshan (1983) encontraram 52% de adesão face à terapia física e ocupacional contra apenas 25% face a exercícios de relaxamento. É ainda importante estabelecer uma concordância quanto a medidas de significância clínica e ainda avaliar os custos da intervenção.

Quanto à metodologia, é importante definir muito bem as amostras, além de que se devem usar protocolos de intervenção detalhadamente descritos em manuais de intervenção, de modo a aumentar a validade interna, podendo, desta forma, incrementar-se a replicação do estudo. Os terapeutas deveriam ser treinados antes de implementarem um programa de intervenção nesta área, avaliando-se também a competência do terapeuta.

Os resultados obtidos nestes estudos podem ser usados para educar os responsáveis pela política de saúde acerca da natureza multidimensional da dor crónica. A verdade é que não existem respostas simples para este complexo fenómeno, contudo, se abordagens psicológicas e farmacológicas apresentam menos efeitos separadamente, unidas poderão ser de valor inestimável.

Bibliografia

- Altmaier EM, Lehmann TR, Russell DW, Weinstein JN, Kao CF. The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: A randomised controlled trial evaluation. *Pain* 1992;49:329-35.
- Araújo-Soares V, McIntyre T. É possível viver apesar da dor!... Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Psicológica Multimodal em Pacientes com Dor Crónica. *Psicologia Saúde e Doenças* 2000;1:1.
- Berntzen D, Gotestam KC. Effects of on-demand versus fixed-interval schedules in the treatment of chronic pain with analgesic compounds. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987;55:213-7.
- Black RC. The chronic pain syndrome. *Surgical clinics of North America* 1975;55:999-1011.
- Bradley LA. Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. Em: Gatchel RJ, Turk DC (eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. NY: The Guilford Press 1996:131-47.

- Chambless DL, Babich K, Crits-Christoph P, Frank E, Gilson M, Montgomery R, et al. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist* 1995; 48:3-23.
- Eberhard C, Von Knorring L, Nilsson HL, Sundquist U, Björling C, Linder H, et al. A double-blind randomised study of clomipramine versus maprotiline in patients with idiopathic pain syndromes. *Neuropsychobiology* 1988;19:25-34.
- Fordyce WE. *Behavioral Methods For Chronic Pain and Illness*. Mosby: St. Louis 1976.
- Goodkin K, Gullion CM, Agras WS. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial of trazodone hydrochloride in chronic low back pain syndrome. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1990;10:269-78.
- Gourlay GK, Cherry DA, Cousins MJ, Love BL, Graham JR, McLachlan MO. A controlled study of serotonin reuptake blocker, zimelidine, in the treatment of chronic pain. *Pain* 1986;25:35-52.
- Horn S, Munafò M. *Pain: Theory, research and intervention*. Open University Press 1997.
- Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1991;59:12-9.
- Keefe FJ, Gil KM, Sc Rose SC. Behavioral approaches in the multidisciplinary management of chronic pain: Programs and issues. *Clinical Psychology Review* 1986;6:87-113.
- Kerns RD, Turk DC, Rudy TE. The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 1985;23:345-56.
- Linton SJ, Gotesdam KG. A controlled study of the effects of applied relaxation and applied relaxation plus operant procedures in regulation of chronic pain. *British Journal of Clinical Psychology* 1984;23:291-9.
- Lutz RW, Silbert M, Olshan N. Treatment outcome and compliance with therapeutic regimens: Long-term follow-up of a multidisciplinary pain program. *Pain* 1983;1(30):1-308.
- Melzack R, Wall P. O Desafio da Dor. Nestor Rodrigues (tradut.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian 1982.
- Mersky H. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain* 1986;(Suppl 3):S1-S225.
- Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Operant-behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behavioral Research and Therapy* 1991;29:225-38.
- Nicholas MK, Wilson PH, Goyen J. Comparison of cognitive-behavioral group treatment and an alternative nonpsychological treatment for chronic low back pain. *Pain* 1992;48:339-47.
- Peters JL, Large RG. A randomised control trial evaluating in- and outpatient pain management programmes. *Pain* 1990;41:283-93.
- Philips HC. Avoidance Behaviour and its Role in Sustaining Chronic Pain. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 1987;25(4):273-9.
- Puder RS. Age analysis of cognitive-behavioral group therapy for chronic pain outpatients. *Psychology and Aging* 1988;3:204-7.
- Ralphs JA, Williams AC, Richardson PH, Pither CE, Nicholas MK. Opiate reduction in chronic pain patients: A comparison of patient-controlled reduction and staff controlled cocktail methods. *Pain* 1994;56:279-88.
- Rudy TE, Turk DC, Kubinski JA, Zaki HS. Differential treatment responses of TMD patients as a function of psychological characteristics. *Pain* 1995;61:103-12.
- Sanders SH, Brena SF. Empirically derived chronic pain patient subgroups: The utility of multidimensional clustering to identify differential treatment effects. *Pain* 1993;54(5):1-56.
- Sanders SH. Operant Conditioning with Chronic Pain: Back to Basics. Em: Gatchel RJ, Turk DC (eds). *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*. NY: The Guilford Press 1996:112-30.
- Slater AM, Doctor JN, Pruitt SD, Atkinson JH. The clinical significance of behavioral treatment for chronic low back pain: na evaluation of effectiveness. *Pain* 1997; 71:257-63.

- Soares Vera. Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica multidisciplinar em pacientes com dor crónica. Dissertação de Mestrado. Braga: Universidade do Minho 1999.
- Strategier LD, Chwalisz K, Altmaier EM, Russel DW, Lehmann TR. Multidimensional Assessment of Chronic Low Back Pain: Predicting Treatment Outcomes. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 1997;4(1): 91-110.
- Turk DC, Rudy TE. Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's box. *Cognitive Therapy and Research* 1992;16:99-122.
- Turk DC, Meichenbaum D, Genest M. Pain and behavioral medicine. New York: The Guilford Press 1983.
- Turk DC, Rudy TE, Salovey P. The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structure and examining appropriate uses. *Pain* 1985;21:385-97.
- Turk DC, Rudy TE. Toward an empirically derived taxonomy of chronic pain patients: Integration of psychological assessment data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1988;56:233-8.
- Turner JA, Clancy JA, McQuade KJ, Cardenas DD. Effectiveness of behavioral therapy for chronic low back pain: A component analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990;58:573-9.
- Walsh EM. The psychopharmacology of chronic pain. *Journal of Psychopharmacology* 1991;5:364-9.
- Ward NG. Tricyclic antidepressants for chronic low-back pain: Mechanisms of action and predictors of response. *Spine* 1986;11:661-5.
- Wilson JJ, Gil KM. The efficacy of psychological and pharmacological interventions for the treatment of chronic disease-related and non-disease-related pain. *Clinical Psychology Review* 1996;16(6):573-97.

Um Olhar (breve) Sobre a Dor Mental

A. Vale Ferreira

Resumo

Este artigo pretende dar conta (de uma forma sucinta) da evolução do conceito de dor mental, numa perspectiva psicodinâmica, desde Freud até autores mais actuais. Pretende ainda realçar a sua importância no funcionamento mental dos seres humanos e a necessidade de a “olharmos” como diferente de conceitos como a angústia, a culpa, o luto, o desprazer, o sofrimento, etc., com os quais aparece várias vezes confundida ou então, diluída nos quadros psicopatológicos mais clássicos. Embora o conceito de dor mental esteja longe de estar acabado, parece estar ligado à angústia de separação, à consciência de si e do outro, à sensação de existir separadamente, de emergir num mundo vivo e parecendo exprimir uma sensação catastrófica de descontinuidade do Eu. Portanto, ligada ao medo de morrer, ao sentimento de fracasso de continuar a ser, a uma queda no abismo.

Palavras chave: Dor mental. Perspectiva psicodinâmica. Angústia de separação. Psicoterapia.

Summary

This article intends to give account (in a brief way) of the mental pain concept evolution, in a psychodynamic perspective, from Freud to recent authors. Also intends to enhance its importance in the human beings mental activity and the need “to look” at, distinctively from concepts like the anguish, the blame, the mourning, the displeasure, the suffering, etc., that several times appears confused or then, diluted in the “pictures” of the classic psychopathology. Although the concept of mental pain be far away from being ended, it seems to be linked to the separation anguish, to the conscience of himself and the other, to the sensation of existing separately, to emerge in an alive world and seeming to express a catastrophic sensation of discontinuity of the self. Therefore, linked to the fear of dying, to the feeling of failure in continuing to be, to the fall in the abyss.

Key words: Mental pain. Psychodynamic perspective. Separation anguish. Psychotherapy.

“Existem pessoas que são tão intolerantes à dor ou à frustração (ou em quem a dor ou a frustração é tão intolerável) que sentem a dor mas não a sofrem e assim não se pode dizer que a descobrem... o paciente que não for capaz de sofrer dor falha em ‘sofrer’ prazer” (Bion).

Psicólogo clínico - Psicoterapeuta de inspiração psicodinâmica

Membro da equipa multidisciplinar -

CLINIPSIQUE - Clínica de Dor do Porto

Director do Centro de Informação e Acolhimento Norte

(CIAC), do Serviço de Prevenção e Tratamento

da Toxicoddependência (SPTT) - Direcção Regional Norte,

do Ministério da Saúde

Quando o Dr. Arantes Gonçalves me desafiou para escrever umas linhas sobre dor mental, confesso que fiquei um pouco apreensivo em relação à forma como iria explicitar o conceito de “dor mental”, ainda longe de estar acabado. Também estou mais habituado a “vivê-la” ao lado dos meus pacientes e menos a tentar conceptualizá-la (tive que me socorrer dos meus mestres!). Quando olhamos a dor psíquica (e o sofrimento) e tocamos a sua complexidade, confrontamo-nos com uma das vivências mentais mais difíceis de lidar e compreender ao longo do percurso terapêutico e, porque não, ao longo de todo o ciclo vital.

Freud já olhou para a dor psíquica, considerando-a um fenómeno semelhante à dor física e situando-a, de maneira ambígua, entre o corpo e a psique. Define a dor como a consequência de uma fissura na couraça protectora, o resultado traumático da ruptura das defesas. Também considera que a dor psíquica é uma reacção à perda do “objecto” e relaciona-a com a angústia, considerando “a disposição para a angústia” a última linha de defesa, de protecção.

Pegando como ponto de partida a relação do recém nascido com a sua mãe, Freud tenta desenvolver a hipótese duma angústia pura (automática) que corresponderá miticamente ao traumatismo do nascimento e que seria, com efeito, anobjectal: uma situação onde angústia e dor aparecem simultaneamente, confundidas, e que corresponderão ao momento onde, confrontado com a ausência da mãe, o recém nascido está agora na impossibilidade de decidir se esta ausência é temporária ou definitiva.

Mas, na realidade, esta confusão entre angústia e dor reflecte menos a relação do recém nascido com o “objecto” do que uma indecisão teórica freudiana. Como refere Geberovich (1984), incertitude da teoria que se origina na não distinção entre objecto de necessidade e objecto de pulsão, e que pode estar sobreposta pela proposição seguinte: A dor corresponderá à ausência do objecto de necessidade, objecto ausente mas ainda não constituído como perdido, enquanto que a angústia (sinal) decorrerá da ausência do objecto de amor, já constituído como perdido. A dor é a reacção própria à perda do objecto, a angústia a reacção ao perigo que comporta essa perda.

Esta hipótese intermediária pode, por si só, fazermos compreender como Freud trata a questão e distingue dor e angústia. O jogo de presença/ausência que acompanha o movimento de separação entre a mãe e o recém nascido permite, diz Freud, que este sinta, em relação à sua ausência repetida, “qualquer coisa como a nostalgia sem desespero”. E ele continua, “a situação na qual ele experimenta a ausência da mãe estando mal compreendida (a criança ignora se esta ausência é temporária ou definitiva) não é para ele uma situação de perigo, mas uma situação traumática, se nesse momento ele sente uma necessidade que a mãe deverá satisfazer”. As situações de satisfação repetidas criaram este objecto (na realidade ele ainda não está criado), a mãe que no caso da necessidade (ainda não é um objecto de amor) é

objecto de um investimento intenso que poderemos apelidar de “nostálgico”. É neste novo estado de coisas que temos de relacionar, para a compreender, a situação de dor. Assim, a dor corresponde ao investimento “nostálgico” de um objecto de necessidade ausente, mas não nomeável porque ele ainda não está constituído como perdido, surgindo a ruptura das defesas.

É no registo da metapsicologia que se tem de entender aqui a dor, como efeito do traumatismo de uma ausência (falta) sobre o plano da necessidade – a dor substitui-se à angústia automática – e a angústia como o sinal de alarme, consequência do perigo da perda de um objecto de amor já constituído.

Freud também faz a distinção entre desprazer e dor. A dor é uma experiência de ruptura, a sensação tem a primazia sobre a representação. O desprazer é o investimento numa recordação, é o inverso, a representação tem a primazia sobre a sensação.

Mesmo que desprazer e dor sejam os dois provocados por um acréscimo de “quantidades” no aparelho psíquico, a dor possui uma qualidade especial que se manifesta paralelamente ao desprazer. Se a experiência traumática é fonte de dor, o desprazer, que é de facto comparável mas não igual à dor, será desencadeado pela reprodução na memória do objecto causador de dor. A distinção entre desprazer e dor está na base da divisão de territórios entre os reinos do princípio do prazer e do Nirvana.

Grinberg também faz referência à conexão entre dor física e dor psíquica. Ele pensa que, se a dor aparece em qualquer situação de luto devido à perda do objecto, deve-se a que esta produz uma experiência que, na fantasia inconsciente, implica um ataque contra o Eu (em particular contra o eu corporal, que reproduz a situação traumática do nascimento); este ataque produz dor física que, por sua vez, é incorporada como dor psíquica.

Joffe Y Sandler assinalam um aspecto adicional da dor psíquica ligada à perda do objecto. Eles consideram que a dor psíquica é uma discrepância entre o estado real de si mesmo por um lado, e um estado ideal de bem estar por outro. Quando se perde um objecto amado, não só temos a perda do objecto, mas também a perda do aspecto complementar do objecto em si mesmo e do estado de bem-estar afectivo que está intimamente ligado a ele.

Winnicott fez referência a este tipo de experiência emocional na terapia da seguinte maneira: Na prática psicanalítica, as mudanças positivas que se produzem nesta área podem ser muito profundas. Elas não dependem do trabalho interpretativo. Dependem do facto do terapeuta lograr sobreviver aos ataques, o que inclui a ideia de ausência.

Pontalis também considera que a dor psíquica está associada à perda do objecto. A dor provem do facto de que o objecto foi perdido de maneira irremediável mas mantém-se eternamente: “quando existe dor é o objecto ausente, perdido, o que está presente; é o objecto real, presente, o que está ausente”.

Como refere Betty Joseph (1988), alguns doentes descrevem-nos um certo tipo de dor que é, do ponto

de vista deles, indefinível. A qualidade ou natureza da dor não parece compreensível para eles e frequentemente sentem que não conseguem transmitir a experiência ao terapeuta. Pode parecer quase física ou ser relacionada com uma sensação de perda, mas não é algo que se definiria como depressão; pode conter sentimentos de ansiedade, mas não ser vista apenas como uma sensação de ansiedade. Este fenómeno, aparentemente indefinível, é um tipo de movimento e um tipo de dor que parecem ser experienciados em períodos de transição entre sentir a dor e sofrê-la – uma situação limítrofe. É um tipo de dor que emerge quando há um importante impacto no equilíbrio mantido pela personalidade – um movimento e alteração no estado da mente. Frequentemente é sentida como quase física, apesar do doente saber claramente que não está a descrever uma condição física, mas reconhecidamente mental. Ela é experimentada como no limite entre o mental e o físico. Penso que estamos a falar de dor mental (ou psíquica, se preferirem).

A dor mental não é nem bem ansiedade, nem bem depressão. É uma expressão de sofrimento psíquico, mais do que angústia. Está ligada a uma maior consciência do Eu (*Self*) e da realidade interna de outras pessoas, assim como se associa com uma sensação de existir separadamente.

Sentimentos suicidas são muito marcantes em doentes emergindo destes estados de evitamento pois a vida em si mesma é o que pretendem evitar, já que a vida, viver, relacionar-se é exactamente o que incita dor e toda uma gama de sentimentos até agora evitados. A destruição do *Self* e da mente que experimenta, é muito mais atraente.

A dor mental não é sentida como culpa em relação a impulsos, nem se refere a cuidados com outros objectos, ou à perda de um objecto. Não possui essa clareza. A natureza da dor é mais desconhecida, mais crua, mais associada com o emergir num mundo vivo. A experiência de dor não é ainda uma “dor no coração”, embora frequentemente referida ao coração. Contém, no entanto, os primórdios da capacidade para senti-la.

Este tipo de dor tem uma qualidade de incompreensibilidade para o doente e para o terapeuta. Parece ser uma dor ligada a pessoas e à vida, relacionada com o nascimento, o desenvolvimento, o crescimento.

Ela é mencionada com alguma frequência, sobretudo em doentes que sofrem de perturbações mentais primitivas. Esta dor parece exprimir uma sensação catastrófica de descontinuidade do Eu, de uma queda no abismo em direcção ao vazio, ao nada, ao sem sentido, como se de repente deixassem de ter chão. É vivida como um súbito e inesperado confronto com a realidade, o ser separado, arrancado e não ter qualquer fonte interna de segurança. Representa a fronteira entre o viver e o morrer psiquicamente, o derradeiro estado traumático de desorganização, terror, caos, aleatoriedade e entropia, estando portanto ligada ao medo de morrer, aos sentimentos de fracasso de continuar a ser e de perder o controle (é como se já não se pudesse voltar atrás). Esta

sensação de rasgão, como uma espécie de disjunção traumática, é por vezes tão vivida, tão profundamente sentida que se confunde com a dor de uma ferida física. É como se estes pacientes tivessem sentido fisicamente o brusco arrancar de um cordão umbilical.

Com efeito e como refere Jean Bégoin (1989), nalguns casos o Eu não parece estar capaz de por em acção o sinal de angustia, do perigo, que a sua organização defensiva habitual lhe permite desencadear, visto que o perigo é mais maciço, ele é sobretudo da ordem do terror, com o seu carácter paralizante e menos do medo. Não se trata mais de um medo vivido no seio da vida psíquica mas de um perigo ameaçando a existência da própria vida psíquica, um perigo de morte psíquica. Este perigo mantém-se ligado à angustia de separação, mas de uma intensidade particular e provocando, em vez de uma organização defensiva, uma sideração de todas as defesas psíquicas salvo, eventualmente, o recurso a um retraimento de toda a relação objectal. A defesa utilizada, pelo menos em certos casos, pode então ser uma defesa do tipo autístico, como mostra nestas situações a natureza catastrófica da angústia de separação que desperta imediatamente o terror.

A modalidade depressiva que acompanha a existência de um núcleo de terror ameaçando a própria vida psíquica é o desespero: o sujeito tem o sentimento de não poder sobreviver em lugar de viver. No *Traité du Désespoir*, Kierkegaard refere que “o desespero é a doença mortal” no sentido em que a tortura é de não poder morrer, de querer, de viver, de sentir e não encontrar as condições de ambiente mínimas indispensáveis ao seu desenvolvimento (novamente Kierkegaard, “O desesperado é um doente da morte... A morte não é aqui o termo do mal, ela é um fim interminável”).

A clínica revela muitas vezes que estas experiências são repetições de um anterior estado arcaico de depressão primária devido à perda do objecto primário (mãe incapaz de absorver e apaziguar o medo de morrer do seu filho, e este, incapaz de conferir sentido aos dados sensoriais das suas experiências emocionais), resultando numa falha básica no processo, referido por M. Mahler, de separação/individuação, expressa por uma grave ansiedade de separação não acompanhada por uma suficiente individuação. O sofrimento psíquico mais profundo parece ser aquele de não ter podido encontrar, nos primórdios da vida psíquica, as condições suficientemente boas para que a vida psíquica se pudesse desenvolver de uma forma mais autónoma, mais livre.

Uma intensa angústia ao estranho, ao desconhecido, ao novo, cobrindo a ansiedade de separação (muito frequente quando se dão lacunas na terapia, ou quando se aproxima o seu fim), é um sinal da possibilidade da experiência de dor mental. Os pacientes com perturbações emocionais primitivas apresentam uma hipersensibilidade generalizada e específica face a praticamente todas as experiências emocionais, isto porque o seu equipamento mental básico de ordena-

ção e processamento usado na “digestão” mental das suas experiências está, em maior ou menor grau, danificado.

Parecem existir duas condições prévias nos doentes que experimentam esta forma de dor. Uma delas consiste num mito pessoal sobre o desastre psíquico final, que parece assentar numa confiança precária nos recursos internos, muitas vezes expresso por afirmações do género “eu não vou aguentar”, “não sou capaz”, “não vale a pena”, “vou enlouquecer”, “vou morrer”, “não tenho cura”, etc. A outra resulta do sentimento de ter perdido o direito à própria vida, não a merecer e, por consequência, a recusa da sua própria integridade pessoal, da consciência de si, da sua identidade, muitas vezes revelado por expressões que demonstram um sentimento de se ter sido liminarmente “amaldiçoado” ou pelo seu “pecado original” (um deficit: não ser suficientemente competente para ter o amor do outro), ou pela sua vivida malvadez, ou pelos seus sentimentos de cobardia existencial.

Na área da saúde mental a disfunção que encontramos como predominante é resultado de um círculo vicioso. O conhecimento do novo (nunca vivido, nunca sentido), ocorrência inevitável no ciclo vital, gera um nível de experiência emocional que ultrapassa a capacidade do sujeito (ou porque não tem uma capacidade adequada, ou porque a carga é excessiva), provocando uma dor mental insuportável que é resolvida através de ataques fantasiados do próprio sujeito à sua capacidade de sentir, de pensar (simbolizar), de discriminar e de agir. Quando uma dor não é sofrida, não pode ser pensada. A dor só pode ser eliminada atacando-se a estrutura da mente. Esses ataques, uma espécie de “autotomia” do pensamento, proporcionam um alívio imediato do sofrimento mental provocado por esta dor, mas condena o “autotomizado” a um estado de imobilização que funciona como uma prisão, impedindo a sua evolução, o seu crescimento emocional. Os mecanismos de defesa visam negar esta vulnerabilidade, os sentimentos de culpa e responsabilidade pela própria vida, a consciência, o confronto com a realidade da separação, da individualização (“como um novo nascimento”), sobretudo porque a dor é inevitável!... Ao repudiar a dor, corta também a possibilidade da gratificação e assim destrói a consciência da vida.

A disfunção é o resultado da desproporção entre a capacidade de conhecer-se e o impacto que recebe a personalidade com esse conhecimento do novo, ou o retorno do conhecimento antigo que fora anteriormente reprimido e/ou projectado. Ao tentar fugir da dor mental pelo ataque à própria capacidade mental (sentir-se, pensar-se, sonhar-se, discriminar-se, agir) o paciente diminui a sua capacidade e fica prisioneiro da sua solução – o sintoma (embora este movimento seja uma tentativa de adaptação, não equivale a um sucesso adaptativo mas sim, a um insucesso). Agora é preciso organizar explicações racionais para a sua disfunção. Essas fantasias são em geral do tipo persecutório e nelas a ideia de cura está relacionada com duas alternativas. Apoderar-se do que lhe falta através de fan-

tasias de ataque ao terapeuta ou a evasão da prisão que construiu para si mesmo através da destruição dos seus perseguidores que são, em última instância, partes da sua própria personalidade. A disfunção básica resulta desses ataques que o indivíduo faz a si mesmo. Vários são os factores que podem despoletar a desproporção entre a capacidade mental e a experiência emocional, mas o resultado é sempre o mesmo – a tolerância e a capacidade da pessoa são vencidas e surge a impotência, a dor, o desespero. Só um milagre a pode salvar. Deixado entregue a si mesmo, o indivíduo, como todos os seres vivos, procura evadir-se, mesmo à custa de um processo de “autotomia”. O que é “autotomizada”, destruída, é a própria capacidade de ter consciência daquilo que provoca a dor insuportável. Essa capacidade (função do pensamento) destruída para aliviar a dor é a mesma capacidade indispensável para construir uma saída, pelo que tem que ser reparada, através da transformação do terror em compreensão. Se a dor mental pode ser sofrida, pode ser pensada. Mas esta transformação não deve ser devolvida à presa pois é necessário avaliar a capacidade do doente para suportar o possível, devendo a quantidade ser mínima. Blaya-Perez sugere, a propósito, que algo que se aproxima de um princípio seria sempre devolver um pouco mais do que a pessoa deseja receber, provocando um certo grau de sofrimento inevitável no crescimento, mas evitando as grandes porções que não só não são assimiladas como estimulam uma inapetência não desejada. A função da terapia é, portanto, permitir que o Eu diminua os seus sistemas de controle onnipotentes para que possa restaurar-se a capacidade de sentir dor sem a ameaça de aniquilação. O progresso no processo de reintegração ocorre mediante o encontro com a dor mental. A dor que no mapa da psique se encontra nas fronteiras e na união de corpo e psique, de vida e morte (Pontalis, 1981). “O doente que agora começa a ter a possibilidade de sofrer dor estará também apto a sofrer prazer” (Bion).

A impotência anda sempre de mãos dadas com a onnipotência, como protecção mágica que é capaz, na fantasia, de operar milagres que eliminam o sofrimento com a mesma rapidez que o ilusionista faz desaparecer um objecto. A relação impotência-omnipotência (ou entre as faces do amo e do escravo, que existem simultaneamente em cada um de nós), expressa a intolerância humana, em geral, ao sofrimento mental, sobretudo a dor que decorre da tomada de consciência da realidade própria (interna) e da do outro (externa), ou seja, a dor mental.

Embora a nossa reflexão se faça muito a partir das pessoas doentes que precisam e pedem os nossos cuidados, qualquer pessoa experimenta, a longo do seu ciclo vital, situações difíceis, geradoras de dor mental. Temos todos, no fundo de nós, um núcleo de desespero secreto que escondemos cuidadosamente em nós mesmos mas que é susceptível de surgir em certas circunstâncias difíceis da nossa vida.

Bibliografia

- Bateman A, Holmes J. Introdução à Psicanálise: Teoria e Prática Contemporâneas. Lisboa: Climepsi Editores 1997.
- Bégoïn J. Introduction à la notion de Souffrance Psychique: le désespoir d'être. Rev Française de Psycanalyse. 1989;III (1):457-69.
- Freud S. Textos essenciais da Psicanálise. Vol. I, II e III. Biblioteca Universitária, Publicações Europa-América 1920.
- Geberovich F. Une Douleur Irrésistible: sur la toxicomanie et la pulsion de mort. Paris: InterÉditions 1984.
- Gilliéron E. Manual de Psicoterapias Breves. Lisboa: Climepsi Editores 1997.
- Grinberg L (1976). Teoria da Identificação. Lisboa: Climepsi Editores 2001.
- Grinberg L. Culpa e Depressão. Lisboa: Climepsi Editores 2000.
- Joseph B. "Sobre o experienciar a dor psíquica". Rev Bras Psicanál 1988;22:369.
- Kogan I. Un viaje hacia el dolor. Libro Anual de Psicoanálisis 1990.
- Malan D. As Fronteiras da Psicoterapia Breve. Porto Alegre: Artes Médicas 1981.
- Milheiro J. Dor no Corpo... Dor Moral. Rev Portuguesa de Psicanálise 1996;15:7.
- Symington N (1986). A experiência analítica. Lisboa: Climepsi Editores 1999.
- Symington JN. O pensamento clínico de Wilfred Bion. Lisboa: Climepsi Editores 1997.

Dor e Patologia Psiquiátrica

A. Gonçalves

A actividade do psiquiatra numa unidade de tratamento de dor permite observar os pacientes com patologia psiquiátrica de outro ângulo, o somático, e a interacção entre o biológico, o psicológico e o social, bem como preencher uma imperiosidade clínica fundamental na dor, que é o diagnóstico psiquiátrico positivo, e não apenas por exclusão de causa orgânica e proceder à orientação terapêutica mais adequada.

Apesar da dor ser muito frequente no paciente com doença psiquiátrica, raramente é a queixa fundamental apresentada na consulta de psiquiatria. Na experiência na Unidade de Tratamento de Dor do Hospital Geral de Santo António, desde há cerca de 8 anos, temos verificado o inverso, isto é, que neste contexto, os doentes com patologia psiquiátrica apresentam como primeira queixa a dor. Observamos também que o doente com patologia psiquiátrica comunica com os outros e o clínico através da dor.

O doente assume cognições e comportamentos observáveis num doente com patologia somática e os sintomas psicológicos são desvalorizados ou confundidos pelo clínico, como reacção à dor, perpetuando-se o quadro de dor crónica com agravamento de incapacidade, iatrogenização, que vai impossibilitar o sucesso de uma intervenção multidisciplinar na dor. Assim, frequentemente, os pacientes com dor e psicopatologia não são identificados, não são adequadamente tratados e são tardiamente referenciados.

Em estudo realizado na nossa unidade, verificamos que a morbilidade psiquiátrica é de 55%, sendo significativamente superior ao valor encontrado na população geral e na clínica geral com a mesma metodologia. Também verificamos que as perturbações afectivas, depressão e distímia contribuíam para 55% dos diagnósticos psiquiátricos. Na maioria dos casos, trata-se de comorbilidade psiquiátrica e patologia orgânica, sendo difícil discernir nitidamente, em muitos casos de dor, se a etiopatogenia primária é psíquica ou somática.

A dor determina uma reacção psicológica global da pessoa que interage com a experiência psicológica intrínseca à própria dor. Esta reacção pode estar totalmente congruente com a patologia clínica, promovendo uma adaptação ou, pelo contrário, incongruente, agravando e dificultando a abordagem e tratamento do quadro clínico. Esta última situação pode evoluir para uma síndrome de dor crónica.

Não podemos dicotomizar a dor crónica e, por isso, esta não deve ser sempre considerada como uma perturbação de adaptação ou reacção a uma condição física ou, numa posição mais extrema, uma perturbação psiquiátrica. Na nossa experiência, o modelo biopsicossocial é o que melhor se aplica à complexidade dos múltiplos factores presentes no doente com dor.

Os pacientes, em termos de características gerais, podem ser distribuídos em quatro grupos.

Podemos referir que temos um grupo de doentes psicologicamente saudáveis e que, ao enfrentarem uma patologia física com dor prolongada ou crónica, podem evoluir apresentando temporariamente alteração do seu estado psicológico devido ao estado da doença, a interrupção do trabalho, a prejuízos funcionais, em que a ansiedade, a hipocondria ou a depressão, podem necessitar de intervenção psicológica a tempo de evitar a paragem do processo de adaptação equilibrado. Estes doentes, em geral, compreendem o seu estado, aceitam a intervenção e colaboram, no sentido da melhor adaptação, aceitando as perdas, as modificações da sua vida e procuram as melhores soluções para a redução do seu prejuízo funcional e melhor estado de saúde.

Temos, depois, um outro grupo de pessoas em que a dor sendo de etiologia somática está associada a factores psíquicos internos como a angústia de separação, raiva, frustração, medo do sofrimento, ou stressantes de ordem externa, como dificuldades conjugais ou a perda de uma pessoa significativa, anteriores ou simultâneos à dor, que manifestam reacções psicológicas inadaptadas face à dificuldade de resolução ou incapacidade de os ultrapassar podendo, também, exibir transtorno do humor ou de comportamentos, inadaptação à dor, e que necessitam de intervenção psicoterapêutica. Neste grupo, os comportamentos de doença e de dor são exacerbados face à patologia em causa, com fixação aos sintomas, e a dor tem um papel funcional ou simbólico. Apresentam baixa motivação para o tratamento ou para a actividade, podendo evoluir, se persistente, para a insuficiência de funcionamento psicológico e social, desvio psicopático da personalidade ou a estabelecer-se um quadro psicopatológico. A evolução crónica de dor pode distanciar-se da origem somática e pode apresentar-se como no terceiro grupo.

Temos um terceiro grupo de pessoas, cuja condição psicológica prévia ao aparecimento de dor é, já de si, psicopatológica, podendo, no entanto, até esse momento, não ter tido qualquer tipo de manifestação relevante ou ter antecedentes psicopatológicos distan-

tes do quadro de dor e que são, em geral, negados, excluídos ou minimizados pelo próprio doente na sua história pessoal.

Nestes, a interacção com a dor é, por vezes, o factor mínimo para a exacerbação de um neuroticismo já existente ou constitui a ocasião para a expressão de uma neurose latente. A dor é em geral produto da psicopatologia em causa ou da acção de factores psíquicos e somáticos, sendo em geral a doença somática se existir mínima. A persistência das exacerbadas queixas de dor e a sua manifestação verbal e comportamental exuberante é a evidência da psicopatologia em causa. São frequentes repetidos exames subsidiários, múltiplas consultas, abuso de medicação, grande inactividade e incapacidade, e a vida do paciente centrada na dor. Este grupo é de grande risco para a cronicidade de dor, maior prejuízo funcional psicossocial, maior inadaptação e perturbação afectiva, assim como menor controlo da sua condição e insucesso terapêutico. É também o grupo de doentes em que a negação dos factores psicológicos é mais evidente e, por isso, mecanismo de defesa e sintoma.

Por último, temos as pessoas com diagnóstico passado ou actual de perturbação psiquiátrica, até em tratamento psiquiátrico e que padecem de um quadro somático simultâneo de dor, em que a dor e a psicopatologia se mantêm aparentemente separadas ou apenas se queixam de dor se esta for especificamente questionada. São os casos de doenças psiquiátricas endógenas em que a inter-relação entre a psicopatologia e a dor se dá fundamentalmente ao nível da percepção de dor e do limiar de dor. A dor como manifestação de doença somática pode frequentemente ser irrelevante face a gravidade da lesão. Ou outras perturbações mentais em que os doentes se mantêm fiéis ao seu trajecto de doença psíquica e que, embora tenham frequentemente dores, não fazem destas a sua principal queixa. Os sintomas psicopatológicos são prevaletentes ou associados com a dor e não reactivos.

É importante salientar o caso da simulação de dor em separado, já que este faz parte de uma farsa com benefícios dissimulados, em que a pessoa está conscientemente a enganar o médico com o objectivo de alcançar um benefício objectivo, portanto não é uma perturbação mental.

Temos verificado na prática clínica que os pacientes que exageram nas queixas de dor crónica têm determinados traços de personalidade, baixa auto-estima, que se sentem rejeitados ou têm uma vida não gratificante, têm autocontrolo externo, a presença de conflitos emocionais, têm dificuldade pré-morbida de adaptação ou de funcionamento psicossocial, antecedentes de perdas e carência de afecto, são por vezes vítimas de maus tratos físicos ou têm elementos na família com doenças crónicas ou alcoolismo, por exemplo.

Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns são as perturbações afectivas e as perturbações somatoformes, e embora menos frequentes também as perturbações factícias com sintomas físicos e as perturbações da personalidade.

De facto, as perturbações de personalidade não são o diagnóstico frequente no doente com dor crónica,

mas sim a presença de traços de personalidade, como histéricos, hipocondríacos, masoquistas, obsessivos, narcisistas, *borderline*, que influenciam a reacção da pessoa na presença de dor, como se esta fosse o accionar de algo que estava latente, ou que põe a descoberto uma incapacidade de enfrentar uma ameaça, ou abre uma ferida que não mais cicatriza, revelando em todos o uso da dor como uma experiência psicológica que se funde com o próprio e o afecto pessoal de tal modo que, por exemplo, a sua presença pode constituir um benefício, a sua ausência pode constituir uma grave ameaça, acontecendo como exemplo, o doente perante a perspectiva de um tratamento bem sucedido recusa-o ou os seus resultados são idiossincráticos. O estado psicológico do doente é revelado pelo corpo, por vezes por incapacidade de experimentar e expressar emoções ou por negação de qualquer conflito emocional, por vezes de tal modo, como se o doente seleccionasse uma parte de si próprio ou da sua actividade mental, deixando-se conduzir num prejuízo catastrófico, por vezes até mutilante, mas que mantém a satisfação de necessidades psicológicas ou o conflito emocional fora do seu alcance. Nestes a expressão da dor no corpo é a projecção física e psíquica da dor mental. Em casos graves a dor somática é mais suportável que a dor mental, noutros alivia-a.

Verificamos, por exemplo, que pacientes com dificuldades relacionais familiares exageram o comportamento de dor para as afastar, ou que doentes com sentimentos de grande culpabilidade punem-se através da dor ou, noutros casos, a raiva contra uma atitude de um membro conjugal é, após o início de uma síndrome dolorosa, canalizada através das persistentes queixas, incapacidade e pedidos de ajuda, instrumentalizando a dor, mas mascarando a agressão. Noutros, as necessidades de dependência fazem com que usem a dor como autenticação dos seus pedidos de ajuda. Por vezes, o clínico é também parte integrante dos mecanismos psicológicos usados pelo doente através da frustração, insatisfação, derrota que o doente provoca nele, do insucesso constante dos tratamentos, mantendo em simultâneo o doente, as solicitações de ajuda que rejeita para satisfação da sua dependência, ou por falta de confiança, ou por raiva devido a tratamentos e intervenções prévias.

De acordo com alguns traços de personalidade, com proeminência de culpa, antecedentes de sofrimentos ou intolerância ao sucesso, impulsos agressivos não satisfeitos, sentimentos de rejeição ou de mal-amados, foi proposto que estes doentes tinham uma propensão para a dor (*pain-prone patients*), usando-a como mecanismo defensivo ou como meio de satisfação das suas necessidades. Por vezes, no seu extremo, o sofrimento é aceite como amor, a dor é motivo válido para a obtenção da gratificação de dependência inconsciente.

Na depressão são muito frequentes as queixas de dor. Portanto, dor e depressão estão frequentemente associadas e influenciam-se reciprocamente. A dor crónica causa depressão e é também a expressão somatizada de depressão. Esta associação frequente entre a experiência de dor e depressão é explicável já

que, ao nível psicológico e bioquímico, ambas partilham de factores comuns. Não há depressão específica de dor o processo é generalizado.

O quadro mais frequentemente associado à dor crónica é a distímia (neurose depressiva) e a depressão reactiva e, na depressão endógena, os doentes apresentam menos queixas de dor. A maioria dos doentes é do sexo feminino e de idade mais elevada. O diagnóstico de depressão estabelece-se de acordo com os critérios estabelecidos, por exemplo, na 10^a Classificação Internacional de Doenças ou IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais Americano, mas os doentes com dor apresentam maior dificuldade de diagnóstico, já que determinados sintomas como a insónia, isolamento, anorexia, fadiga, por vezes se mesclam com a patologia física associada. A dor causada pelo estado depressivo através, por exemplo, de alteração de sistema nervoso autónomo, como no caso da cefaleia ou lombalgia de tensão estar presente, em geral, desde o seu início antes de outros sintomas depressivos serem aparentes, pode ter início agudo e não insidioso. Por vezes, algum acontecimento psicodinâmico está subjacente à depressão e a dor serve para manter o conflito emocional inacessível ao doente e expressa, através do corpo, a agressividade, a hostilidade e a culpabilidade. Um aspecto importante de diagnóstico da depressão é a sua apresentação sem sintomas psicopatológicos evidentes, e associada, por vezes, a negação dos mesmos da parte do doente na avaliação clínica em que a depressão está na sombra da apresentação clínica, predominando os sintomas clínicos físicos ao que, correntemente, se chama “depressão mascarada”. Com isto não se quer dizer que, na ausência de patologia física evidente, o doente tenha depressão mascarada, pois o seu reconhecimento é feito através de uma avaliação pericial que põe em evidência o diagnóstico de depressão, caso contrário corre-se o risco de diagnosticar depressão mascarada onde pode existir outro diagnóstico físico ou psiquiátrico. Na depressão o doente não tem apenas insónia, anorexia, anergia, perda da libido, desinteresse, mas tem fundamentalmente perturbação do humor e alterações cognitivas.

Na esquizofrenia, na perturbação delirante paranóide, na psicose maníaca, o problema maior é a elevação do limiar de sensibilidade à dor e o prejuízo na percepção de dor que faz com que, por exemplo, doentes com esquizofrenia possam ter graves patologias somáticas sem queixas relevantes. A dor não é, em geral, o sintoma de apresentação e outros sintomas presentes revelam o diagnóstico psiquiátrico.

Nos quadros de ansiedade generalizada e na de tipo pânico, os doentes desenvolvem, por vezes, quadros de dor crónica, por exemplo cefaleia, dor precordial, quando a ansiedade se complica de humor depressivo e hipocondríaco na ausência de tratamento adequado. O mecanismo mais comum da dor é a hiperactividade do sistema nervoso autónomo e tensão ao nível muscular, assim como a baixa do limiar de sensibilidade geral.

As perturbações somatoformes constituem uma entidade nosológica que inclui um grupo de perturba-

ções com sintomas físicos para os quais não se consegue, apesar de investigação adequada, uma explicação clínica. Na área da dor, interessa a perturbação de somatização e perturbação de conversão, a hipocondria e a perturbação de dor.

A perturbação de somatização é aqui uma categoria do grupo acima mencionado e não um sintoma ou mecanismo de defesa psicológico, é uma perturbação crónica de múltiplos sintomas clínicos sem explicação, geralmente iniciada antes dos 30 anos, mais frequente em mulheres que o doente se queixa, no caso da dor, de um modo difuso, vago mas dramático e circunstanciado, associada a outros sintomas somáticos, frequentemente a dor está localizada em várias partes do corpo e, quando o clínico tenta esclarecer os sintomas, o doente não os aborda directamente ou mostra-se incomodado com o questionar do clínico. O comportamento associado a dor pode exagerar-se na presença do clínico. Nestes casos, se um sintoma melhora, outro surge, fazendo múltiplas consultas externas, exames, medicações ou intervenções cirúrgicas, reagindo mal quando são informados que não precisam de tratamento ou não têm nada.

A perturbação de conversão caracteriza-se pela presença de sintomas conversivos como perdas ou alterações do funcionamento corporal, sugerindo uma doença física após um conflito psicológico, uma necessidade psíquica, ou, tem um significado simbólico. Os sintomas predominantes não estão limitados à dor, podendo coexistir, por exemplo, paralisia. A pessoa não tem controlo voluntário dos sintomas. A dor na perturbação de conversão pode ser crónica. Os sintomas seguem uma topografia corporal que reflectem os conhecimentos e as expectativas que os doentes têm da doença. Exemplo raro de dor relatado por paciente do autor em que este padeceu de dores tipo cólicas abdominais baixas intensas e estado de grande tensão aquando do parto da esposa, que se pode inserir na síndrome de Couvade. Os sintomas conversivos podem ocorrer em pessoas com patologia orgânica, pelo que atenção especial é necessária a este diagnóstico, porque não é frequente na nossa prática e, por vezes, verifica-se em casos diagnosticados de conversão com a evolução, encontrar-se uma causa somática para as suas queixas. Por outro lado, o mecanismo de conversão e de dissociação poderá estar na origem de vários casos de dor crónica de etiopatogenia e fisiopatologia ainda não conhecidas, mas cujas manifestações fundamentais são somáticas.

A perturbação de dor está separada da perturbação de conversão, pois o sintoma predominante é a dor e prejudica seriamente a vida do doente ao nível social, ocupacional entre outros. Também tem sido designada por dor psicogénica, dor idiopática e dor atípica. A dor não é completamente explicada por doença não psiquiátrica ou nenhuma doença orgânica é encontrada. A dor está causalmente relacionada com significativos factores psicológicos que tem papel determinante no início, na gravidade, na exacerbação, ou manutenção da dor. O sintoma não é intencionalmente produzido como na simulação ou na perturbação factícia. Existem três situações clínicas, a primeira em que os factores psicológicos tem papel fundamental e os es-

tados físicos têm um papel mínimo no início ou manutenção da dor. A segunda em que os factores psicológicos se associam a uma condição clínica física que tem também importância no início, na gravidade, na exacerbação, e na manutenção de dor. Na terceira a dor é o esperado numa condição física e os factores psicológicos tem um papel nulo ou mínimo no início ou manutenção da dor, portanto não é perturbação mental. O diagnóstico exige uma avaliação cuidadosa e periodicamente repetida para colocar de lado uma base orgânica importante e tratável. Caso não exista os tratamentos devem ser conservadores isto é, não invasivos. As vantagens de intervenções terapêuticas invasivas devem ser ponderadas com atenção ao efeito temporário, a possibilidade de iatrogenia e a relação custos-benefícios-riscos. Os doentes podem expressar um conflito interno simbolizado através da dor. A dor tem, para o paciente, benefícios, isto é, por exemplo, mantém o conflito afastado a consciência ou obtém a gratificação de uma necessidade de dependência, ou legítima o paciente no papel de doente, obtendo atenções e apoios. Alguns pacientes sofrem de alexitimia, portanto têm uma incapacidade de exprimir os sentimentos e emoções em palavras, sendo o corpo a falar por eles, isto é, como uma tradução somática. Outros factores comportamentais, como o reforço positivo de comportamentos de dor, podem exacerbar a dor através da obtenção de benefícios pessoais ou nos relacionamentos interpessoais, como a estabilização de uma família. A dor pode estar localizada ou ser múltipla ou saltar de um local para o outro. A dor não tem um território anatómico, mas a sua patologia está de acordo com os conhecimentos do paciente. A dor em geral é, nestes casos, descrita como contínua sem flutuações ou influência de factores externos, como ambiente ou distração. Na nossa experiência, verificamos também que a dor pode ser modelada a partir de um convivente significativo já falecido, num mecanismo de identificação na evolução patológica do luto. A dor pode ser devida a factor físico e o doente ter um componente psicopatológico como depressão previamente existente e que se vai exacerbar por vezes levando ao suicídio. São casos clínicos de dor difíceis de tratar e que devem ser inseridos num programa multidisciplinar de dor que inclua a vertente psicológica.

A hipocondria, sendo mais frequente como sintoma ou traço de personalidade na nossa experiência de doentes com dor, também pode constituir um diagnóstico psiquiátrico. Neste último caso, é caracterizado pela interpretação irrealista de sinais físicos ou sensações como anormais, preocupando o doente com medo de ter, ou com a ideia que tem uma doença grave, preocupação que persiste, apesar da avaliação e asseguramento clínico, causando significativa angústia e prejuízo do funcionamento psicossocial. A dor pode fazer parte deste quadro clínico mas, em geral, é acompanhada de outros sintomas, e o doente tem medo de ter uma doença ou insiste que a tem, sendo que o principal problema é excluir uma verdadeira patologia somática. Este diagnóstico é, na nossa experiência, raro em doentes com dor crónica e, como referimos, é importante inserir as manifestações hipocondríacas, nomeadamente noutros diagnósticos,

como depressão, ansiedade, esquizofrenia, perturbações da personalidade, ou como contexto do comportamento do doente face à situação de doença somática. Também é importante compreender que o doente hipocondríaco sente os seus sintomas.

Na área das disfunções sexuais, existem duas condições que se apresentam com dor, nomeadamente a dispareunia e o vaginismo. A dispareunia caracteriza-se pela associação de dor genital no acto sexual, dor que é real e que causa uma ansiedade em relação ao acto, tornando-o indesejável para a mulher, levando ao seu evitamento, condição que, geralmente, é ciclicamente agravada. O vaginismo consiste na contração involuntária do terço anterior da vagina, que interfere com a penetração peniana e a execução do acto sexual, podendo a mulher queixar-se de dor em simultâneo. Estas condições na mulher causam grande sofrimento, interferência grave no relacionamento, como, por exemplo, em casos de disfunção presente desde o início da actividade sexual durante anos, observados pelo autor, podendo causar separação conjugal, ou a incapacidade do casal em ter um filho. Estes diagnósticos não são válidos quando existe uma origem orgânica ou um outro diagnóstico psiquiátrico como somatização.

Uma grande área da medicina é constituída por sintomas somáticos funcionais em que os factores psicológicos desempenham um papel importante no início, no agravamento, na evolução, na predisposição para esses sintomas como, no caso presente, a dor. Esta pode estar inserida numa entidade diagnóstica médica, como a cefaleia de tipo tensão, a enxaqueca, a síndrome do cólon irritável ou a lombalgia, como exemplos que constituem síndromas funcionais ou quando há alteração orgânica a doença psicossomática (úlceras duodenais). Este grande grupo constitui o que, correctamente, se designa de perturbações psicossomáticas ou, como no DSM-IV, factores psicológicos que afectam o estado físico.

Mas, nesta última classificação, incluem-se todas as doenças físicas que sofram, de alguma forma significativa, influência de factores psicológicos (sintomas de depressão e ansiedade, traços de personalidade, relacionados com stress, comportamentos maladaptados, culturais, religiosos, relacionamentos interpessoais), ou até perturbações psiquiátricas, como, por exemplo, a depressão que atrasa a recuperação de enfarte de miocárdio (na CID 10, as categorias e os critérios de diagnóstico são diferentes). Não pretende ter o sentido restritivo a um grupo de doenças, já que todas as doenças têm factores psicológicos. Este grupo continua, em termos de classificação diagnóstica, a ser controverso, e os conceitos têm-se modificado de época para época.

Nesta categoria, factores psicológicos que afectam o estado físico, insere-se também a neurose de compensação ou de renda em que as queixas de dor são exageradas e persistentes, mas associadas a factores de ordem laboral ou acidentes, com lugar a compensação financeira. A dor, nestes casos, pode ter um valor simbólico de factores passados de ordem laboral, e a compensação, ainda que insignificante, um prémio ou vitória muito fantasiada.

Outro diagnóstico psiquiátrico, que mais frequentemente surge como hipótese de diagnóstico, é a perturbação factícia com predominantes sinais e sintomas físicos. Nesta o doente produz intencionalmente os sinais e sintomas de doença física, cujo único objectivo aparente é assumir o papel de doente. O nome conhecido para esta perturbação é de síndrome de Munchausen, ou outros como doente profissional. A característica essencial do quadro clínico é a capacidade do doente apresentar sintomas e sinais de tal modo reais e sugestivos de uma patologia que conseguem a admissão em hospitais, serviços de urgência, em internamentos e, não menos frequente, para intervenções cirúrgicas. As dores são um dos sintomas usados para receber atenções dos clínicos, medicações e múltiplos exames e intervenções. São, no entanto, raros os casos em que o quadro clínico se apresenta bem definido ou apenas com o sintoma de dor e, assim, não é evidente o seu diagnóstico. Muito mais frequente na área de dor é a presença de anteriores patologias físicas mínimas funcionais que são alvo de atenção clínica, desenvolvendo-se o sobrepondo-se este quadro clínico. Na experiência do autor, estes casos melhoram artificialmente, quase sempre temporariamente, com os internamentos e intervenções que por vezes cirúrgica para, após se reiniciar o mesmo trajecto, com os mesmos sintomas ou outros, com outros clínicos, de tal modo que casos há em que, em 10 anos de trajecto, tenham sido submetidos a número idêntico ou superior de intervenções cirúrgicas. Se sentem próximo o desmascarar da sua situação, abandonam o tratamento ou, se desafiados nos seus sintomas, provocam-nos em casos extremos com actos mutilantes, traumáticos ou fármacos, agravando o estado clínico, ameaçam com litigação e colocam em causa a competência clínica. Estes doentes fixam-se não no objectivo de se verem aliviados da sua dor, mas nos meios de diagnóstico e tratamentos, isto é no processo de avaliação e tratamento.

Outro aspecto relevante na consulta de dor, dada a subjectividade da experiência de dor, é a simulação que merece atenção clínica, embora não seja uma perturbação psiquiátrica, já que é uma farsa, isto é, o doente voluntariamente e conscientemente falsifica os sintomas e sinais de doença para obter um benefício como um ganho financeiro ou evitar um trabalho.

Também esta situação pode estar presente nas consultas de dor e que é complicada, sobretudo na

diferenciação com a presença de benefícios inconscientes, como na conversão ou na somatização, sendo, por vezes difícil, distingui-las. Os sintomas produzidos cessam, em geral, quando são atingidos os benefícios, ou também quando os riscos de exames, intervenções são elevados ou quando não estão a ser observados. Algumas características, como as queixas de dor serem vagas, mal definidas, incoerentes, má colaboração na avaliação, diagnóstico e tratamento, apresentação em contextos de litígio ou de indemnização com solicitação de parecer, são frequentes, mas não é uma situação fácil de reconhecer, que exige uma avaliação cuidada e acompanhamento, até porque outras condições clínicas podem estar associadas. Se existe suspeita de simulação, é necessário grande cuidado na informação transmitida, ou na colocação antecipada de hipóteses de diagnóstico e tratamento na falta de evidência clínica.

Com a descrição sumária de algumas entidades psiquiátricas frequentes na consulta de dor, não ficam esgotadas as possibilidades de diagnóstico pois, por exemplo, outros têm sido verificados, como o alcoolismo, a demência, perturbação delirante e perturbação de identidade. É importante salientar que, no paciente com dor crónica, estão frequentemente presentes factores psicológicos ou psicopatológicos que dificultam muito a tarefa do clínico assistente na avaliação e no tratamento da dor, importa compreender que o modelo biomédico de doença tem limitações na área da dor e ter a noção que é necessário suspeitar e avaliar os factores psicológicos ou diagnósticos psiquiátricos no doente com dor, sobretudo quando o doente não tem lesão que justifique a dor ou apresenta o comportamento anormal de doença ou evolução arrastada de dor após tratamentos adequados. A conclusão de que se trata de um caso psiquiátrico não deve ser por exclusão ou por intuição, mas de acordo com critérios de diagnóstico presentes na observação do doente. Nesta área complexa e difícil, os sinais e sintomas da presença de factores psicológicos não são óbvios. Da avaliação mais adequada, se necessário por um psiquiatra familiarizado com a dor crónica, vai depender o trajecto do paciente com dor, quanto a intervenções médicas ou cirúrgicas e iatrogenização, adaptação e incapacidade. No entanto, uma equipa multidisciplinar de uma unidade especializada na dor, em que o psiquiatra é elemento integrante, é a que tem melhores condições para avaliar e tratar o doente como um todo.

Dor Crónica: Uso de Técnicas de Relaxamento no seu Controle

F. Magalhães¹, S. Ramos²

Resumo

Os autores fazem uma pequena revisão sobre a dor crónica, as suas repercussões e necessidade de uma abordagem terapêutica multifacetada. Neste contexto descrevem as principais técnicas científicas de relaxamento – relaxamento muscular progressivo de Jacobson e treino autogéneo de Schultz. No final são sucintamente revistas outras técnicas, como a hipnose, a visualização, a acupunctura, o yoga e a meditação.

Palavras chave: Dor crónica. Treino autogéneo. Relaxamento muscular progressivo. Outras formas de relaxamento.

Introdução

De acordo com a Associação Internacional para o estudo da dor (IASP) a dor é “uma sensação desagradável e uma experiência emocional que se associa a potencial lesão tecidual, ou descrita em termos de tal lesão” (IASP, 1986). Esta definição implica que a dor é muito mais que um mero fenómeno sensorial, e chama a atenção para os aspectos psicológicos da experiência da dor. Estes podem ter um papel *major* no início, gravidade, exacerbação ou manutenção da dor. Assim, a dor pode ser inserida, de acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), nos diagnósticos “Perturbações Somatoformes”, “Perturbações de dor associada a factores psicológicos” ou “Perturbação de dor associada quer a factores psicológicos quer a condições médicas em geral”.

Cada cultura interpreta, suporta e reage à dor de forma diferente. Estes aspectos assumem particular interesse quando a dor se torna crónica. A maioria dos autores define dor crónica como uma dor que persiste para além dos seis meses. A nocicepção continuada ou alterações induzidas na nocicepção no sistema nervoso central podem contribuir significativamente para a persistência da dor. Mais ainda, a maioria dos

investigadores nesta área concordam que factores psicológicos têm um papel crucial no desenvolvimento, perpetuação ou amplificação da dor crónica.

As dores que nunca desaparecem completamente após uma doença ou lesão tecidual (p. ex. após uma cirurgia ou acidente), as cefaleias de tensão e outras que aparecem sem explicação aparente e que persistem ou recorrem, por exemplo nas doenças ditas funcionais, são extremamente resistentes ao tratamento medicamentoso e geralmente provocam prolongado sofrimento e disfuncionamento em várias áreas (familiar, social, laboral). Quando as dores teimam em persistir indefinidamente, a natureza das sensações por elas provocadas modifica-se com o decorrer do tempo e o doente desanima, deprime e pode tornar-se hipocondríaco.

Frequentemente, ao mesmo tempo que o médico sente que não consegue resolver a situação eficazmente, o rol de queixas ou a intensidade da dor aumenta e o doente vai solicitando cada vez mais ajuda. Por vezes, e no limite, a relação médico-doente deteriora-se devido a frustração bilateral da não resolução da situação. As abordagens por equipas multidisciplinares, que incluem psiquiatras, psicólogos, fisiatras, enfermeiros e assistentes sociais conseguem, geralmente, ajudar com mais sucesso estes doentes. Existem múltiplas formas de controle ou alívio da dor propriamente dita. Podemos referir o uso de anti-inflamatórios não esteróides, corticoesteróides, analgésicos e opiáceos, todos eles tão usados (e por vezes abusados) na prática clínica diária. A fisioterapia (incluindo aplicação de calor local, estimulação eléctrica

¹Assistente hospitalar de Psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos
Membro da CLINIPSIQUE

Clínica de Dor do Porto

²Interna complementar de Psiquiatria
Hospital Magalhães Lemos

ca e massagem) bem como a neurocirurgia (para interrupção dos circuitos de transmissão da dor) também estão, por vezes, indicados. As cognições e atitudes em relação à dor crónica devem ser compreendidas como uma interacção complexa de factores psicológicos, fisiológicos e sociológicos e a sua abordagem poderá fazer parte do tratamento, nomeadamente em psicoterapias individuais ou grupais. O relaxamento tem nesta abordagem do paciente com dor crónica um papel fulcral sendo, por isso, objecto da nossa reflexão. Actualmente existem múltiplas técnicas. Todas elas se baseiam numa subtil tomada de consciência do corpo, bastante próxima da que se pratica no yoga. Tal concentração no físico e fisiológico desencadeia uma desconexão do psíquico, acalmando-o. A maioria dos métodos deriva dos 2 pioneiros: o Treino Autogéneo de Schultz e o Relaxamento Progressivo de Edmund Jacobson.

Treino autogéneo de Schultz

Johannes Heinrich Schultz, nascido em 1884, neuropsiquiatra alemão e professor de Neurologia em Berlim, foi simpatizante e divulgador da psicanálise e hipnose na Alemanha, no princípio do século XX, altura em que estas técnicas estavam muito em voga para tratamento de doenças psíquicas, especialmente das neuroses. Dado não concordar com a relação dependência entre o hipnotizador e o hipnotizado, tenta criar um método em que o estado de hipnose se atinja através de uma acção voluntária e pessoal. Oskar Vogt (1870-1939) tinha observado que doentes, após terem sido várias vezes hipnotizados, conseguiram, por si próprios, atingir aquele estado, apresentando por isso um notável estado de calma (auto-hipnose). Verificou também que existiam momentos de sensações de calor e peso. Schultz, inspirado nestas observações arquitectou o contrário: desenvolver aquelas sensações – peso e calor – para conseguir a desconexão mental quase automática. O peso seria a expressão da descontração muscular e o calor a expressão da vasodilatação dos vasos periféricos. Assim nasceu o que denominou de Treino Autogéneo ou Auto-relaxamento Concentrativo, técnica que descreveu pela primeira vez, em livro, em 1932. Definiu-a como “um sistema de exercícios fisiológicos e racionais, cuidadosamente estudados e executados para provocar uma comutação (relaxamento - ansiedade - tensão - equilíbrio homeostático), que por analogia com os antigos trabalhos sobre hipnose, permite todas as realizações próprias dos estados autenticamente sugestivos”. O Treino Autogéneo pratica-se deitado ou sentado em posição de cocheiro, num ambiente calmo, em semi-obscuridade e com roupa leve. Com ordens simples tenta-se conseguir sensações de peso numa área do corpo e gradualmente no corpo todo. Passa-se depois para as sensações de calor nas mesmas áreas e gradualmente vivência da sensação dos batimentos cardíacos e numa fase seguinte da vivência da respiração. Procura-se de seguida sentir sensações de calor no abdómen e frescura na frente. Existe também um

nível superior de treino com varias etapas: reversão dos globos oculares para cima e visualização de uma cor uniforme qualquer; visualização imaginativa e certas cores escolhidas e sugeridas pelo terapeuta; visualização interna de objectos concretos; visualização de objectos abstractos; vivência de sentimentos; visualização de uma pessoa determinada; “perguntas ao inconsciente” e “respostas simbólicas do inconsciente”. Estas fases já se aproximam da psicanálise. As frases chave são ordens simples como o meu braço está pesado... quente sinto-me completamente calmo.

Esta técnica encontra-se, actualmente, divulgada em todo o mundo. A sua aprendizagem é longa e exige uma enorme disciplina mas depois de apreendida pode ser usada com facilidade, em qualquer local e circunstância e o relaxamento ser atingido muito rapidamente.

Relaxamento progressivo de Edmund Jacobson

Edmund Jacobson, fisiologista americano, professor universitário na Universidade de Harvard descreveu pela primeira vez o seu método, em livro, em 1938. Recusando qualquer fundamento baseado na hipnose, sugestão ou auto-sugestão, postulou que existe uma relação entre o vivido emocionalmente e o grau de tensão muscular. Esta reflecte-se a nível mental e vice-versa. Jacobson preconiza que não é possível uma descontração psíquica sem relaxamento físico.

Nesta técnica existe uma aprendizagem de descontração muscular progressiva, músculo a músculo, através da tomada de consciência do seu estado (contraído, descontraído). Depois passa-se para o relaxamento diferencial, isto é, aprende-se a contrair apenas os músculos necessários para determinado movimento, descontraindo todos os outros. Ao mesmo tempo que se vai aprendendo a localizar as tensões e a elimina-las, detectam-se os pensamentos e emoções associados. Atingem-se rapidamente as “tensões” mentais desfazendo as tensões musculares a elas relacionadas.

Os doentes são instruídos a deitarem-se em colchões ou a sentarem-se em cadeiras confortáveis. Os olhos devem ser fechados e o instrutor deve falar em tom calmo mas firme dando instruções claras. Os pacientes devem controlar a respiração e concentrarem-se no relaxamento durante cada expiração. Cada grupo muscular é considerado separadamente e o paciente deve concentrar-se nessa zona do seu corpo até estar consciente de que está a ficar descontraída. Com frequência o paciente é instruído no sentido de contrair cada grupo muscular antes de o descontrair. Isso aumenta a consciencialização desse grupo muscular e permite ao paciente aperceber-se melhor da diferença entre o estado tenso e relaxado. À medida que cada grupo muscular é descontraído, é acompanhado pela repetição mental da instrução “relaxa”, sincronizada com uma respiração lenta e controlada. Esta rotina poderá ao princípio demorar

cerca de meia hora, mas com a continuação os pacientes aprendem a relaxar mais rápida e eficazmente. Se a dor é sentida durante a contracção, essa deve ser feita de forma mais suave. Revê-se um músculo em cada sessão, até se atingir a totalidade do corpo. Esta técnica de relaxamento pode ser praticada pelo paciente em várias situações diárias de forma a diminuir a tensão a elas associada. Existem múltiplas variantes desta técnica. Entre nós é frequente associar uma segunda parte ao relaxamento físico. Consiste em associar uma fase em que se imagina uma imagem de paz, isto é, uma imagem neutra e pacificante (p. ex. imaginar-se numa praia tranquila) – ver visualização.

Este método é extremamente demorado – a aprendizagem pode demorar mais de um ano – e exige grande disciplina e empenho para uma total tomada de consciência das sensações corporais e seu controle. Todavia completado o treino é muito eficaz e pode ser realizado em quaisquer local e posição.

O **Biofeedback**. Através do uso de aparelhos de medida é possível quantificar o ritmo cardíaco, o pulso, a temperatura corporal, a tensão muscular, e a diferença de potenciais eléctricos entre a palma e o dorso da mão e até as ondas cerebrais. Se um paciente está a aprender relaxamento poderá prontamente saber a sua evolução na aprendizagem, ter maior conhecimento e controle de si. Tem sido usado, entre outros, em doentes cardíacos, hipertensos e com dor crónica na enxaqueca. Usa-se frequentemente associado ao relaxamento de Jacobson.

Métodos próximos das técnicas de relaxamento

As técnicas referenciadas até agora fundamentam-se em investigações científicas e encontram base e explicação nos conhecimentos das ciências. Existem muitas outras formas de relaxamento: umas variantes das referidas, outras tradicionais, outras combinações das duas anteriores. Algumas das mais significativas são a Hipnose, a Acupunctura, a Yoga, a Visualização e a Meditação.

A **Hipnose** pode alterar o componente afectivo da experiência da dor sendo uma ajuda útil para reforçar as manipulações cognitivas e comportamentais. Quando a dor crónica tem uma etiologia orgânica evidente, tal como neoplasias, a hipnose é dirigida à redução da dor, embora se deva ter em conta outros factores com importância nas experiências do paciente. Aqui, a hipnose pode contribuir eficazmente para ajudar o paciente a lidar com os sintomas. Contudo, na dor crónica em que não existem evidências de lesão física, a hipnose tem menos probabilidades de êxito na redução da dor. A hipnose, no controlo da dor, pode ser usada com três objectivos: para sugestão directa de redução da dor, para alteração da experiência da dor ou para afastar a atenção da dor.

A **Acupunctura** tem sido utilizada desde há longo tempo pelas comunidades do Oriente; no entanto, o interesse da população ocidental por esta técnica só

foi despertado por volta de 1970, quando cientistas chineses demonstraram a sua aplicabilidade em cirurgias como forma de controlar a dor. A acupunctura tem tido resultados promissores no tratamento de alguns estados de dor crónica tais como: dor lombar, cefaleias e dor abdominal. No entanto, apesar desta técnica ser bastante eficaz no alívio dos sintomas a curto prazo, a sua eficácia a longo prazo não está ainda comprovada.

A **Yoga**, remontando pelo menos ao século III a.C. e tendo fins religiosos, é muitas vezes usada, no Ocidente, como uma espécie de ginástica. Permite também uma tomada de consciência do corpo, especialmente a “hatha yoga”, a mais divulgada entre nós. Combina exercícios respiratórios com a manutenção de determinadas posturas. Cada uma destas terá um efeito específico sobre determinada parte do corpo ou órgão.

A **Visualização** ou **Imaginário** ou **Simbolismo Controlado** das imagens tem por objectivo dirigir a atenção para o mundo interior. O paciente deve ficar numa posição confortável, a voz do terapeuta deve ser clara, mas suave e relaxada. Após um período inicial de concentração no relaxamento físico, com referência especial ao controlo da respiração e ao relaxamento durante a expiração, o paciente é encorajado a imaginar uma cena agradável. Esta cena deve ser descrita pormenorizadamente para encorajar a imaginação do paciente a desenvolvê-la e criar assim uma realidade pessoal. Os aspectos positivos da cena são utilizados para reforçar o relaxamento através do processo mental, em vez de físico. O paciente pode ser sucessivamente conduzido de uma imagem para outra, cada uma com a sua sensação física relaxante. Esta técnica já tem sido usada em doentes com doenças psicossomáticas, e para alívio da dor nomeadamente em doentes oncológicos.

A **Meditação**, tão antiga quanto a humanidade, presente em cultos de inúmeras religiões, é utilizada nos nossos dias também como método de relaxamento contra o stress e como forma de procurar um equilíbrio mental perdido com o ritmo da vida moderna. Essencialmente e de forma muito sucinta consiste em voltar-se para dentro, abstraindo-se do mundo exterior, adoptando para isso uma determinada posição e fixa-se a atenção num som, numa imagem, na respiração ou na consciência do próprio corpo.

Comentários finais

A dor crónica é muitas vezes um sintoma menos-prezado que os clínicos têm, por vezes, dificuldade em lidar. A abordagem mais eficaz é a multicêntrica, atendendo não apenas ao factor causal da doença mas ao doente enquanto pessoa. Os tratamentos são, regra geral, muito prolongados e fazem uso de técnicas, não comumente usadas na prática médica. Está demonstrado que muitas destas técnicas incluindo os relaxamentos, são eficazes e ajudam consideravelmente estes doentes na melhoria da sua qualidade de vida.

Bibliografia

- Acupuncture. Em multimedia encyclopedia. Grolier Electronic Publishing, Inc 1992.
- Diamond AW, Coniam SW. Controlo psicológico da dor. In: Diamond AW, Coniam SW (eds). Controlo da dor crónica. Lisboa: Climepsi 1999:161-76.
- Hossri CM. Treinamento Autógeno. Em: Hossri CM (ed). Treinamento Autógeno e Equilíbrio Psicotónico. São Paulo: Mestre Jou 1978:11-67.
- Houdenhove BV, Onghena P. Pain and depression. Em: Robertson MM, Katona CLE (eds). Depression and physical illness. Chichester: Wiley 1996:465-99.
- Jacobson E. O auto domínio. Nova cultura para um mundo perturbado. Em: Edmund Jacobson (ed). Relax. Como vencer as tensões. São Paulo: Cultrix 1993:113-82.
- Laurent S. Guia prático das autoterapias psicológicas. Verbo 1986 Relaxation Techniques. Em: Mayo Clinic: Family Health Book (CD-ROM) 1993.
- Schultz JH. A técnica e sua aplicação. Em: Chultz JHS (ed). O treinamento autogéneo. São Paulo: Manole 1991:17-101.

Parece que Engoli a Gripe

T. Gama

Resumo

O autor procura abordar a questão da dor mental sofrida pela criança, a sua avaliação, diagnóstico e “tratamento”, através da sua experiência como psicólogo clínico membro de uma clínica da dor.

Para as diferentes fases, refere os processos inerentes.

Palavras chave: Dor mental. Criança. Avaliação psicológica. Processo psicoterapêutico. Somatização.

A dor é um fenómeno que está presente durante toda a vida. Esta vivência de difícil explicação, por ser algo muito pessoal, terá origem em causas físicas e/ou emocionais, não sendo muito clara esta dicotomia.

É como psicólogo clínico e membro de uma equipa multidisciplinar de uma clínica da dor que nos propomos abordar este fenómeno na área em que trabalhamos, o sofrimento psíquico ou dor mental na infância, a dor infligida pelos desencontros e desarmonia internos e o processo terapêutico a si associado.

Não colocando de lado a existência de uma dor de causas físicas, centrar-nos-emos na dor que encontra a sua génese em situações afectivas, também elas difíceis de expressar e quantificar, ainda mais quando temos como comunicador uma criança, que tem como forma de expressão privilegiada a linguagem não verbal, os actos e as omissões.

Freud, ao abordar a questão da libido e da sexualidade infantil, apresenta-nos a importância da relação mãe-bebé e a relevância desta para o equilíbrio psicológico da criança.

Apesar da ênfase dada à díade mãe/filho, esta não é a única que se não fôr funcional será causadora de sofrimento. Assim, para além de um desinvestimento na relação precoce e no bebé, também, a disfuncionalidade do casal parental ou da família – suporte preliminar da constituição da personalidade da criança – deve ser tido em conta, bem como as vivências ao longo do desenvolvimento, de que são exemplo, traumatismos, abusos abandonos e frustrações.

Este sofrimento pode ser comunicado das mais diversas formas. A criança pode refugiar-se no seu mundo de fantasia ou pode não apresentar qualquer

capacidade de aceder ao simbólico, não sendo por isso capaz de brincar, pode afastar-se dos colegas, amigos e familiares, apresentar mau desempenho escolar, bloqueios, problemas de alimentação, quadros depressivos e tristeza ou sintomatologia recorrente, com dores de barriga ou de “cabeça”, enureses e encopreses, otites, amigdalites, eczemas, entre outros.

Quanto mais nova é a criança mais o seu sofrimento é expresso através do corpo. A parte física queixa-se e dá voz ao sofrimento psicológico que fica silenciado, e entramos então no mundo da somatização e da psicossomática onde as questões orgânicas e psicológicas ou emocionais caminham lado-a-lado.

São estas crianças que nos aparecem na clínica.

A primeira dificuldade com que nos deparamos prende-se com o diagnosticar do processo doloroso, uma vez que temos perante nós uma entidade que está em crescimento, cuja dinâmica coloca em questão os dogmas do normal e do patológico, pois, por vezes, aquilo que à primeira vista parece ser um sinal de alarme, e é disso que se trata a dor, depois de uma observação mais cuidada poderá ou acaba por revelar-se como um elemento constituinte do edifício do crescimento.

Algumas destas dúvidas vão-se desvanecendo durante o processo de avaliação.

No decorrer desta fase e depois de recolhermos o pedido dos pais e da criança procuramos conhecer melhor a dor do nosso interlocutor, estabelecendo um contacto empático com ele de forma a aceder ao seu sofrimento. Analisamos assim a sua personalidade tendo em conta a sua história individual, bem como a dinâmica familiar. Os elementos anamnésicos são fundamentais, tal como o contacto com os pais e outras figuras significativas. A avaliação propriamente dita, que consiste na observação psicológica da criança, assim como na aplicação de meios de avaliação psicológica e cognitiva (testes projectivos e quantitativos), deve ser realizada no mais curto espaço

de tempo, pois estamos a dar início a uma relação que poderá vir a não ser continuada – quando não há indicação para psicoterapia, ou havendo, os pais não a aceitam – o que poderá vir a transformar-se num outro elemento causador de angústia, por um investimento ao qual não se vai dar continuidade, o que poderá ser acusador de sentimentos de abandono.

O processo de avaliação é concluído com uma entrevista de devolução, na qual estão presentes os pais e a criança. Nesta sessão, depois de se preceder à reformulação do pedido, procuramos conter as angústias apresentadas através da comunicação do psicodiagnóstico, em que procuramos relacionar os processos psicológicos associados à formação do sintoma, por intermédio da nossa compreensão da situação clínica.

Se a criança tem indicação para psicoterapia, nessa mesma sessão, falamos das regras inerentes a este trabalho de cariz mais profundo e, portanto, prolongado no tempo. As regras/*setting* cujo rigor procura a manutenção de um elemento permanente, - a relação terapêutica – na multiplicidade de variações diárias com que nos deparamos, têm como objecto principal o paciente. Assim é explicado que a criança usufruirá de um espaço só seu, onde poderá abordar todas as suas angústias. É-lhe, também, dito que terá uma hora só sua que não será ocupada por mais ninguém e que será detentora de material só seu, isto porque a criança que temos perante nós é única e as suas necessidades não são as dos outros.

O nosso trabalho cinge-se à criança e, por isso, também lhe é referido aos pais que aquilo que se passa no seu espaço não poderá ser comentado por nós cá fora, nem mesmo com os pais, mas que se ela o pretender o poderá fazer, nós é que não.

Será que os pais vão ser marginalizados deste processo? Claro que não, aos pais é-lhes oferecido um outro espaço, com um outro técnico, onde poderão expôr as suas angústias, quer em relação ao filho, quer a eles próprios, dado que neste processo também os pais se encontram em sofrimento. Como entidades de maior referência para os filhos, têm que ser incluídos no tratamento desde o primeiro momento, e são eles que vêm procurar ajuda, até ser dada alta. São figuras importantes para os filhos, os quais sentem o apoio e investimento dos pais ao mesmo tempo que estes têm as suas partes mais infantis serenadas porque também eles são ouvidos e tidos em conta.

A presença das figuras parentais reveste-se de grande importância também porque, depois de uma fase inicial da terapia em que se trabalha a confiança no técnico, a criança começa a trazer o seu quotidiano para as sessões e juntamente, as questões causadoras de sofrimento. A dor torna-se muito mais presente, porque é pensada, envolvida num processo de crescimento. Nesta altura, as partes mais primitivas e doentes da criança procurarão boicotar o processo terapêutico, e esta, numa atitude de fuga à dor, poderá dizer que quer abandonar o tratamento. Para além de um apelo nosso às suas partes mais maduras, é também necessário explicar isto aos pais e conseguir uma aliança com as suas partes mais adultas para que não condescendam ao pedido dos filhos.

O processo psicoterapêutico decorre à velocidade do material que a criança traz. Durante as sessões, e porque a expressão verbal não será o modo de comunicação ideal da criança, temos uma ludoteca ao seu dispôr para que esta, por intermédio do jogo, vá exteriorizando as suas angústias. A actividade lúdica também permite que a criança contacte com os elementos que lhe causam maior sofrimento de uma forma mais tolerável.

Como receptores do sofrimento da criança, procuramos descodificá-lo e depois elaborá-lo, devolvendo-o ao paciente em doses adequadas para que este o vá recebendo, conseguindo, assim, lidar com ele. O sofrimento começa a ser pensado e, portanto, elaborado, ou seja, a dor para além de ser sentida passa, também, a ser sofrida. A dor física desaparecerá, num ideal teórico, e o crescimento surge.

Por vezes, a sintomatologia desaparece quase que imediatamente e a tendência será a de pedir o *terminus* do tratamento. Contudo, o facto da expressão física da dor ter desaparecido não significa que a causa da dor mental foi pensada ou elaborada, pelo que o tratamento se mantém, sob pena desta voltar a aparecer mais tarde com uma expressão mais grave.

Quando o paciente está capaz de lidar com a sua dor e de a pensar, é chegado o momento da alta clínica, altura em que surge uma “dor” distinta, advinda do sofrimento causado pela constatação que se torna necessária a separação do técnico.

Talvez por isso, o Miguel, nome fictício, dissesse, numa sessão em que trabalhávamos a sua alta, “Parece que engoli a gripe”.

Bibliografia

- Ajuriaguerra e Marcelli. Manual de Psicopatologia Infantil. Porto Alegre: Artes Médicas 1991.
- Arfouilloux JC. A entrevista com a criança. Rio de Janeiro: Zahar Editores 1976.
- Boublil M. Psicopatologia da criança. Lisboa: Climepsi 2001.
- Cabral MFS. Contribuições da psicanálise para a psicologia e teoria do conhecimento. Comunicação apresentada no VII Colóquio da SPP, Coimbra 1991 – A psicanálise perante a História e a Filosofia da Ciência.
- Coelho CM. O meu cobertor está mais pequeno ou sou eu que estou a crescer. Comunicação apresentada nas III Jornadas do ISCS. Porto: Norte 2001 – A criança do Normal ao Patológico.
- Corman L. Examen psicológico del niño. Barcelona: Herder 1985.
- Dias CA. Freud para além de Freud. Lisboa: Fim de Século 2000.
- Gilliéron E. A primeira entrevista em psicoterapia. Lisboa: Climepsi 2001.
- Joseph B. Sobre o experienciar a dor psíquica. Revista de Psicanálise 1988.
- Malpique C. Pais/Filhos em consulta psicoterapêutica. Porto: Afrontamento 1999.
- Milheiro J. Sexualidade e Psicossomática. Lisboa: Fim de Século 2000.
- Ocampo MLS, et al. O processo de psicodiagnóstico e as técnicas projectivas. São Paulo: Martins Fontes 1995.
- Rappaport CR. Diagnóstico Psicológico: prática clínica. São Paulo: EPU 1984.
- Sá E. Más maneiras de sermos bons pais. Lisboa: Fim de Século 1995.

Douleur et Psychosomatique

S. Cady

Résumé

A partir de deux expériences cliniques choisies dans deux cadres psychopathologiques différents, le fonctionnement adaptatif (dépourvu de potentialité imaginative et représentative) et le fonctionnement psychonévrotique (riche sur le plan de l'imaginaire) va être abordé le problème de la douleur. Il s'agit de deux patients qui ont bénéficié d'une relaxation psychosomatique. Dans la première observation, une problématique oedipienne se traduit par une tension corporelle et un phénomène douloureux. Dans la deuxième observation, la représentation de l'impasse de vie permet celle de la tension et de la douleur.

Sumário

A partir de duas experiências clínicas escolhidas de dois quadros clínicos psicopatológicos diferentes, o funcionamento adaptativo (desprovido de potencialidade imaginativa e representativa) e o funcionamento psiconeurótico (rico do ponto de vista do imaginário) será abordado o problema da dor. Trata-se de dois doentes que beneficiaram com um relaxamento psicossomático. Na primeira observação, uma problemática edipiana traduz-se por uma tensão corporal e um fenómeno doloroso. Na segunda observação, a representação do impasse de vida permite a da tensão e a da dor.

Abstracts

From two clinical studies chosen from two different psychopathological clinical settings, the adaptive functioning (without imaginative and representative potentials) and the psychoneurotic functioning (rich from the imaginary point of view), the problem of pain will be approached. It consists of two patients who profited from a psychosomatic relaxation. In the first case, an oedipian setting takes the form of body tension and of a painful phenomenon. In the second case, life impasse representation allows one of tension and of pain.

1.

Pour ce qui est de l'histoire de ce jeune patient prénommé Adrien (10 ans), on remarque d'emblée sa créativité dans le dessin comme dans la musique. Il recherche sans cesse la compagnie des femmes, ce qui lui rappelle bien sûr l'étroite relation maternelle. Dès l'âge de trois ans, une histoire oedipienne se trouve liée au dos à partir de son apprentissage de la langue maternelle : l'espagnol. Ne la parlant pas avec son père (français), Adrien a de ce fait

l'impression de l'apprendre " derrière son dos ", le dos du père qui est aussi le sien propre, ce qui renforce d'une part ses rapports oedipiens avec sa mère et qui le place, d'autre part, très vite, dans une symbolique du dos. Tout en expliquant ses difficultés parentales, il se plaint de sa douleur dorsale, et il est vrai qu'il est tendu.

Parallèlement, des difficultés importantes dans la relation avec son père conduisent l'enfant à perdre sa confiance en lui. Devant ce père impatient et agressif, qui règle toute situation de jalousie de manière radicale et punitive, Adrien n'ose s'opposer ouvertement. Peu à peu, il se sent coupé du monde masculin des adultes, ce qui le rapproche davantage de la relation maternelle, donc davantage du conflit avec le père.

A l'école, Adrien tente de se réaliser. Il veut être le leader, mais il est incapable d'affronter une rivalité, de se défendre quand les grands l'embêtent. Comme il l'explique lui-même, " il prend tout sur son dos et se fait mal ". Il montre là encore le sens symbolique de la douleur sur cette partie de son corps. Et Adrien d'imaginer un " dos armure " pour se défendre. Dès lors, sa personnalité est marquée par l'imaginaire. Il devient fréquemment absent dans la relation et se réfugie dans le rêve dès qu'il se sent mal à l'aise ; dans cet espace imaginaire il dit être tendu et souffrir parfois du dos. Ici un phénomène de tension corporelle et de douleur intermittente lié au conflit oedipien apparaît, comme si le conflit trouvait une issue dans une formation symptomatique relevant de la conversion hystérique où l'agressivité oedipienne se retourne contre le sujet lui-même, ce qui du même coup, assouvit un sentiment de culpabilité. Un rêve répétitif en éclaire la dynamique.

En effet, Adrien cherche à dépasser son père pour briller auprès de sa mère mais en vain. Pour se venger, il attaque son père dans le dos. Or, quelque temps après, à la suite d'un accident grave du père, l'enfant commence à sentir des douleurs persistantes au dos. Mais comme la douleur et la tension sont résistantes à la médication, l'enfant est orienté vers un traitement de relaxation psychosomatique. Pendant cette période, le même rêve d'attaque paternelle revient sur le mode des rêves traumatiques. Dans la psychothérapie, en l'espace de quelques mois, Adrien, renouant avec le passé, reprend le thème principal de son rêve : l'attaque du dos paternel. Cela lui fait aussitôt ressentir une douleur qui est liée à la tension provoquée par la culpabilité oedipienne. De lui-même il affirme que la douleur et la culpabilité se renforcent mutuellement. La culpabilité renvoie à l'accident du père, que le rêve reprend dans le contexte de rivalité avec le père. La relaxation, en établissant un lien entre le somatique et le psychique, lui permet cette analyse.

Plus tard, au cours de la relaxation, il voit son dos noir parce qu'il se sent coupable d'une dispute avec son père. La séance de relaxation terminée, Adrien se relève avec sa douleur au dos. Pour lui, alors que la tension corporelle du buste est identique devant et derrière, la douleur, elle, n'apparaît qu'au dos. L'interprétation qui instaure un lien entre l'imaginaire et le problème du dos, permet au mal d'évoluer. Autour du conflit avec le père, la fonction de l'imaginaire est devenue dominante, aussi toute médication, susceptible d'enrayer ses souffrances, n'a pas trouvé d'impact. De l'avis du patient l'imaginaire est lié à cette souffrance : " plus je m'imagine coupable, plus le dos est douloureux " explique-t-il.

L'intervention thérapeutique lui permet de comprendre qu'il existe une relation entre le physique et le traumatisme de l'accident paternel. L'interprétation qui prend en charge les données du psychique et du somatique, permet le relâchement musculaire et fait ainsi disparaître toute douleur.

L'état douloureux apparaît donc ici étroitement lié à la tension corporelle d'une part, au conflit oedipien, d'autre part.

2.

Pour la deuxième observation (un cancer du colon), la problématique psychosomatique se joue autour d'une expérience sans issue. Cette impasse est déterminée par l'absence de douleur liée à l'organe atteint. Toute une histoire de ce conflit insoluble tourne autour de l'évolution d'une personnalité allergique vers un cadre de la pathologie de l'adaptation.

A 60 ans, Mme. D. prend sa retraite à la campagne, alors qu'elle habitait avec son mari à Paris. Ils travaillaient ensemble dans une affaire d'immobilier qu'ils avaient, dit-elle, créée tous les deux il y a trente ans, sur une idée du mari. J'apprendrai beaucoup plus tard que c'est la mère de Mme. D. qui, en fait, est créatrice de cette activité professionnelle. Toute une assimilation père-mère est le fait de cet oubli ; elle doit être comprise comme un point important de la personnalité de Mme. D.¹. Autour de cette situation de retraite brutale, un cancer se déclare.

En fait, la problématique de Mme. D. s'inscrit très tôt dans sa vie autour d'une dépendance à la mère, caractéristique du fonctionnement de la personnalité allergique.

Déjà, à trois mois, on remarque une poussée d'eczéma et une allergie au lait maternel qui durera 4 mois. À l'adolescence (16 ans), on retrouve différentes poussées d'eczéma et d'asthme. A 20 ans, une fatigue apparaît, qui durera deux ans. En fait, elle a choisi, sur le plan des études, une orientation en dehors de la dynamique familiale : sa mère voulait qu'elle se réalise dans une carrière littéraire, mais Mme. D. choisit une carrière scientifique.

Une somatisation se précise : une cataracte de l'œil droit. Cet incident somatique lui fait arrêter ses études et entreprendre, à cette époque, une première psychothérapie où elle se rend compte qu'elle est aux prises avec un fonctionnement dépressif qui n'est pas visible. Elle ne rêve plus, elle pense que la difficulté de vie qui s'est présentée à ce moment, consiste dans ce choix d'activité professionnelle, qui coïncide avec la perte de sa mère. Or, j'apprendrai plus tard que c'est à cette même période que le père meurt.

Elle parle de cette psychothérapie comme d'un échec (la mort du père n'y a pas été révélée). Au cours de cette période, la mère prend la décision de récupérer sa fille sous sa coupe et de l'installer dans son cabinet immobilier. Ce qui, d'après la patiente, lui a fait plus de bien que la psychothérapie.

Effectivement, dans cette réorganisation d'une relation de double, qui renvoie à l'allergie, elle n'est plus déprimée, elle récupère son activité de rêve.

On assiste alors à une accalmie somatique pendant 7 ans, jusqu'au jour où elle connaît son futur mari. Au départ, lorsqu'elle noue cette première relation amoureuse, la relation à trois² (fiancé-mère-Mme. D.) crée des rhinites et des eczèmes, en alternance. Puis cela disparaît au fur et à mesure qu'elle projette sur son fiancé la même image que celle de sa mère. Elle dit,

¹ La problématique de Mme. D. s'inscrit initialement dans une assimilation (père = mari) ce qui renvoi au fonctionnement allergique.

elle-même, qu'elle le pousse à fonctionner dans une relation qui reproduit le modèle maternel. Par exemple, elle lui demande d'inscrire périodiquement toutes ses activités : " elle n'a plus qu'à gérer "3. Le mari, pour se marier, doit s'installer dans le cabinet immobilier.

Par la suite, il n'existe pas de souvenir de somatisation jusqu'à la mort de sa mère, qui va se traduire par d'importantes crises d'asthme, nécessitant différentes hospitalisations et qui sera suivi de ce que Mme. D. appelle sa première somatisation4 : des crises de goutte. Elle est âgée de 35 ans. Autour de ces crises, elle dit qu'elle se sent vide, qu'elle se trouve aux prises avec des difficultés de rêve et d'identité. On est confronté ici à une dépression qui n'est pas ressentie.

Elle récupère son identité et sa potentialité de se souvenir de ses rêves grâce au projet induit par le mari (qui reprend en cela le fonctionnement maternel) d'acheter cette maison de rêve, dans le même lieu où la mère avait récupéré la dépression de sa fille lors de la mort du père. Ce lien maternel est maternant et permet la récupération du vide dépressif et le retour de l'activité onirique : la maison est une manière de remplacer sa mère.

Pour la séparation avec le mari, autour de sa mise à la retraite, elle décrit un même sentiment de vide, un même problème d'identité, qu'elle qualifiera plus tard de dépersonnalisation. Pour lors, elle se sent mal dans son corps, une très grande tension apparaît, " comme lorsqu'elle avait de l'allergie " dit-elle. Sa maison ne peut plus contenir l'image de sa mère, une courte phase de cauchemars s'ensuit, suivie par l'absence du souvenir du rêve. " Petit à petit ", dit Mme. D., " l'imaginaire se vide de sa vie ", et le cancer apparaît parallèlement. En fait, la séparation du couple est brutale, la mise à la retraite de notre patiente est la conséquence de la crise immobilière. A la campagne, Mme. D. est très isolée, puisque l'éloignement de cette maison ne permet pas à son mari de venir voir sa femme régulièrement. Il n'est présent auprès d'elle, que quelques jours par mois. Une tension corporelle est précisée par son médecin, d'où la demande de notre patiente d'une relaxation psychosomatique. Elle n'est pas de ce fait, une demande personnelle.

L'apparition du cancer est liée au refoulement de la fonction de l'imaginaire avec absence de souvenir des rêves. En ce qui concerne dans un premier temps, l'opération et la chimiothérapie, aucune douleur, aucune dépression n'est ressentie. Elle va de pair avec le refoulement de l'affect et de l'imaginaire. La patiente se vit comme coupée d'une partie d'elle-même.

Le transfert

Peu importe la situation relationnelle, pour cette première partie de la relaxation, elle se fait en position

couchée, parce que c'est la première prononcée. Par contre, il faut la dépendance dans la consigne pour se rassurer. Malgré tout puisqu'elle réalise seule l'exercice proposé, sa position de sujet est respectée.

Le transfert reprend les difficultés de la psychothérapie précédente, lorsqu'elle avait 20 ans. C'est pour quoi elle parle d'emblée de ses échecs, elle les lie à la différenciation. Ainsi, elle a arrêté ses études pour faire plaisir à sa mère. Car cette matière scientifique, qu'elle préférait, était considérée comme anti-féminine par cette dernière. Les matières littéraires correspondent aux études que la mère préférait; pour Mme. D., l'explication du terme " anti-féminine " correspond à une identité choisie à l'encontre de sa mère. Tout ceci a échoué, tout comme la première psychothérapie.

Pourquoi cet échec ?

Actuellement, elle ne peut rien en dire. Plus tard, à partir de mouvements qui facilitent le retour au passé, Mme. D. revient sur ce sujet. Le choix de ses études l'a confrontée à la différence, une position toujours difficile pour elle. Elle découvre la mort du père au milieu de cette difficulté : c'est aussi une situation de différenciation.

Comment s'est traduit tout ceci ?

" Ces deux difficultés furent insurmontables ", rétorque Mme. D. " J'en ai fait une cataracte de l'œil droit. Puis j'ai fait une psychothérapie, car je me sentais mal corporellement. J'ai choisi un psychologue homme vraisemblablement pour qu'il remplace mon père. Malheureusement, j'étais confrontée à la différence en permanence. J'étais mal à l'aise, coupée en deux, par sa présence. Je n'ai jamais parlé de deuil ".

Je lui montre qu'une même situation autour de quitter est vécue initialement avec la thérapeute dans le transfert, avec le rythme des séances et le passage du face à face lorsqu'elle parle, à la situation allongée de la relaxation. C'est pourquoi elle s'exprime sur l'échec.

Elle découvre par la suite que pour elle, seules les relations qui peuvent se rattacher à sa mère, sont constructives d'une identité. Heureusement, depuis quelque temps, Mme. D. a pu m'assimiler à cette dernière : elle a repéré que nous utilisions des tournures de phrases similaires, et ceci, pour elle, fut un très grand soulagement.

Nous nous situons ici autour de la problématique d'un fonctionnement de la personnalité allergique. Seule, la relation en tant que référence à l'image maternelle, peut renvoyer une identité au sujet. C'est ce que Mme. D. retrouve dans cette situation transférentielle. Autour de cette récupération de l'affect, **une douleur au dos apparaît épisodiquement**. Elle n'est pas comprise sur le plan médical, elle est résistante à la médication.

Dans cette deuxième partie de la psychothérapie, le problème de l'impasse, ou situation conflictuelle sans issue, va pouvoir être relevé plus précisément.

Des mouvements de relaxation en position face à face pendant une période, puis allongée5, l'aident dans cette évolution.

Dans un premier temps, la position face à face est choisie par la patiente. Elle permet à Mme. D. de se rendre compte d'une perte de son double avec la séparation de son mari lors de sa retraite. Ceci permet

2 La relation à trois, facteur déclenchant de la somatisation allergique.

3 Gérer est un terme qui revient souvent dans le langage du thérapeute.

4 Première somatisation correspond à l'importance de la relation maternelle.

une représentation de l'impasse : elle renvoie au deuil maternel et à la perte du mari.

En relaxation, elle voit en rêve son mari et sa mère, à côté d'elle. Ce sont deux personnes semblables. Par la suite, toujours en relaxation, elle voit en rêve trois masques : deux masques identiques la représentent ainsi que son mari. Ils s'encastrent l'un dans l'autre, un autre masque qui représente la mère, les recouvre. Elle compare leur agencement spatial aux poupées russes. Elle relie ce rêve au fait que l'image maternelle lui donne son identité et qu'elle n'a pas su faire le deuil de sa mère. Ceci lui permet de comprendre pourquoi la retraite ne pouvait qu'être envisagée dans " sa maison de rêve ", puisqu'elle est liée à la relation maternelle. Elle voulait même y monter une affaire en rapport avec les plantes, une passion de sa mère. Des problèmes financiers l'en ont empêchée. Si elle avait pu investir dans une affaire de ce genre, elle aurait évité cette tension corporelle et la maladie, elle aurait en fait adouci " la mort de son mari " (un lapsus pour départ)⁶ en retrouvant ce projet. Puisqu'il correspond au rêve de sa mère : elle aurait gardé quelque chose de la relation maternelle en elle. La non réalisation de ce plan, la confronte à un double deuil (mère-mari), et " elle s'est vidée " (vidé est un terme qui exprime un problème d'identité et de dépression).

Dynamisé par la relaxation, maintenant en **situation allongée** (qui confronte à l'impasse autour de quitter), l'onirique se mobilise par des rêves autour de ce thème. Avec cet abord de l'impasse de la perte, une période de **douleur au dos permanente apparaît**.

Jouer sa mère dans le transfert va permettre à Mme. D. d'aborder l'impasse affective. C'est ce qui se crée maintenant, dans cet espace de psychodrame où elle prend un rôle maternel, donnant à la thérapeute les enseignements appris de sa mère, sur les plantes. C'est une manière nouvelle, car active, de rentrer en relation. Elle est accompagnée en relaxation d'une même dynamique, avec un travail personnel sur le plan de l'affect corporel avec le ressenti du corps.

Cette évolution est amenée à la campagne, ce qui la dynamise. Elle recherche des personnes qui peuvent fonctionner en tant qu'images maternelles, car elles sont capables de la documenter sur les plantes. Elle se sent mieux. Elle rêve par intermittence. Mais ce sont des cauchemars, les mêmes qu'avant de se couper de son imaginaire en perdant son mari, mais aussi les mêmes qu'à la mort de sa mère, explique-t-elle. Dans ce rêve " deux personnages sont coupés en deux, leur image se défait, ils tombent dans le vide ". Le terme " vide " correspondait précédemment à un problème d'identité et de dépression.

Autour de ce récit, qui répercute l'impasse, elle est agitée par la douleur et manipule ses boutons avec véhémence. Consécutivement, elle aborde l'histoire de son cancer. Elle prend conscience du rôle du retour de son mari sur Paris en l'associant à la maladie. Elle

repère l'apparition d'une même situation de douleur et de dépersonnalisation lorsque elle était en crise allergique, un autre conflit sans issue. **Ici, avec la confrontation à l'impasse, la douleur devient plus forte.**

Une difficulté apparaît maintenant, elle se traduit par un retour au refoulement de l'affect et de l'imaginaire avec absence de douleur. En effet, les efforts de Mme. D. pour restituer son environnement dans un circuit maternel, semblent échouer. Elle ne se sent pas aimée par les gens du pays. Malgré ses tentatives, elle est mise à l'écart. Ceci a une répercussion sur la maladie qui s'aggrave. De ce fait, elle doit revenir à Paris, et reste hospitalisée. Elle demande conseil pour se faire soigner, comme elle l'aurait fait avec sa mère. La thérapeute joue le jeu de l'aide régressive. Ceci lui permet de rêver de sa mère : elle a une ressemblance avec la thérapeute. Or, avec cette récupération de l'impasse affective maternelle, la douleur, qui avait pour un temps disparu, réapparaît, elle correspond à une possibilité d'être en contact avec ce qui a été refoulé : l'affect porté par l'imaginaire qui renvoie à la perte du mari. Mme. D. hésite sur les bienfaits de l'activité onirique qu'elle relie au processus de douleur.

Le dépassement de l'impasse : l'évolution du processus douloureux.

A partir de l'hospitalisation et aux vues du dernier rêve, elle décide de venir tous les quinze jours, et reste à Paris, deux semaines par mois. C'est la première fois qu'elle fait preuve de décision.

Là, l'imaginaire se réinstalle lorsque la patiente est sur Paris ; il demeure absent lorsqu'elle est à la maison de campagne où elle n'a pas de relation et demeure de ce fait dans l'impasse affective, sans existence personnelle par l'imaginaire et sans douleur.

En décidant de revoir son mari sur Paris, elle aborde le problème ancien de la différence, elle s'aide en cela d'exercices de relaxation autour de ce thème. Elle comprend son malaise lors de la décision de sa retraite car cela la différencie de son mari. Fuir à la campagne, compenser la problématique de quitter en retrouvant cette maison qui recouvre sa mère (le projet de la construction étant induit par le mari), fut sa manière à elle de s'en sortir. Or elle ne s'est pas vue confrontée à une situation de différenciation ingérable : à un terrible deuil.

Elle décide de rester plus longtemps sur Paris, de se rapprocher de son mari. Cela lui permet d'évoluer vers un fonctionnement plus onirique, en récupérant quelques rêves oedipiens. Dans cet espace lié au retour du refoulé, un fonctionnement onirique plus intense apparaît, la symptomatologie régresse, mais la douleur est plus intense et le sujet plus tendu.

La douleur est mieux supportée car elle peut être associée au processus de peur de la perte de la relation. L'interprétation de la situation oedipienne va permettre d'ouvrir le chemin de l'identification. Avec la

⁵ Qui répercutent la problématique de quitter et fonctionnent en cela, en tant qu'équivalent d'interprétation.

⁶ Notons ici que la formulation du lapsus (mort du mari) correspond à une levée du refoulement de la fonction de l'imaginaire, permettant le retour d'un équivalent de rêve lié au langage.

distance que procure le mouvement identificatoire, le passé lié à l'impasse, va se retrouver plus entièrement représenté par Mme. D. Il lui apparaît évident que le deuil maternel n'était qu'une façade qui cachait le deuil du père. Le deuil du mari avec le départ à la retraite de la patient reprend cette dynamique.

Autour de la compréhension de la situation d'impasse, un rythme harmonieux de ces séjours sur Paris, se met en place : lorsqu'elle en a envie, c'est à dire lorsqu'elle se sent prête à se séparer, elle va à la campagne. L'onirique se stabilise complètement, la symptomatologie se dynamise vers la guérison. Parallèlement à la guérison, la douleur disparaît, le sujet se détend harmonieusement.

Théorisation

Avant la retraite, l'organisation de la personnalité de Mme. D. dépendait de ce fonctionnement de la personnalité dans l'allergie. On y retrouve toute la problématique du double, qui renvoie une identité au sujet. Toute situation de différenciation fait fonction d'impasse, car elle est liée à une expérience de dépersonnalisation.

Dans la psychothérapie la différenciation est liée à la perte affective. La douleur apparaît en tant que traduction de l'impasse affective autour de la perte, elle est liée au retour de ce qui a été refoulé. En ce sens elle est soutenue par la représentativité imaginaire. Le dépassement de l'impasse permet la récupération du processus douloureux.

Un élément essentiel est donc à retenir dans ce fonctionnement de la douleur. C'est son rapport au processus d'impasse.

En définitive, sans oublier le phénomène de rythme corporel (tension - détente) qui est un soubassement tonique porté par la douleur, la représentativité imaginaire semble être l'ancrage de la potentialité douloureuse.

Dans la première observation Adrien traduit par la douleur et la tension sa confrontation à la culpabilité oedipienne. Elle commence par être momentanée pour perdurer lorsque l'imaginaire oedipien autour du père se trouve confronté au traumatisme lié à l'accident. La problématique oedipienne s'en trouve aggravée, ceci se traduit par une tension corporelle et un phénomène douloureux.

Dans la deuxième observation, Mme. D. vit initialement avec une tension corporelle permanente dont elle n'a pas conscience et qui ne permet pas l'accès au processus douloureux. Avec le refoulement permanent de l'affect et de l'imaginaire, elle vit comme coupée d'une partie d'elle-même. Elle n'a plus de ressenti corporel de la tension ni de douleur. La représentation de l'impasse liée au retour du refoulé permet celui de la tension et de la douleur. Sa résolution en régularisant la rythmique corporelle (contraction - détente) règle le problème douloureux.

Bibliographie

- Latéralité et image du corps chez l'enfant. Paris: Bayard 1988.
- Le corps, le mouvement et la parole. Paris: Bayard 1992.
- Les métamorphoses du corps. Paris: L'Harmattan 1996.
- Psychothérapie de relaxation. Paris: Dunod 1999.
- L'allergie chez l'enfant (à paraître chez Dunod).