

Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromialgia – uma proposta

Luiz Paulo Marques de Souza*
 Maria Cristina Rizzi Forgione**
 Vera Lúcia Rodrigues Alves***

RESUMO

O presente artigo consiste em uma revisão bibliográfica a respeito do fenômeno da dor realizada no Serviço de Psicologia da Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Os autores iniciam definindo o conceito de dor e suas diferenciações, abordando os aspectos psicológicos e sociais que desencadeiam ou acompanham os fenômenos algícos. É também comentada a possível correlação entre o desenvolvimento das síndromes algícas crônicas – como a fibromialgia – e as disfunções psicossomáticas. O artigo, da mesma forma, propõe que as técnicas de condicionamento psicofísico, também chamadas de relaxamento, venham a ser empregadas no contexto psicoterápico de pacientes com queixas de dores crônicas. Por meio delas, procura-se o restabelecimento do tônus muscular dos indivíduos e promover uma melhora na qualidade de vida, uma vez que oferecem, por consequência, bem-estar físico e mental.

UNITERMOS

Dor crônica, Fibromialgia, Relaxamento, Psicoterapia

SUMMARY

The Relaxation Technics in Psychotherapy for Patients with Chronic Pain: A Proposal of Treatment

Written by psychologists working at the psychology service of medical rehabilitation division of Hospital das Clínicas in the Universidade de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Brazil, this article is a bibliographic review of chronic pain as a phenomenon. The authors start the paper with chronic pain concept and its psychological and social consequences are presented. Also, a possible relationship between chronic pain and psychosomatic disorders are discussed. In addition, the authors suggest relaxation training during the psychotherapeutic process to patients with chronic pain syndromes as useful ways to promote pain relieve. Through the mental and physical well being provided by these methods, the patient's quality of life could be increased.

KEYWORDS

Chronic pain, Fibromyalgia, Relaxation, Psychotherapy

Podemos encontrar as raízes da palavra “pain”, ou seja, “dor” na língua inglesa provavelmente no termo grego “poine” que

* Aprimorando da DMR

** Psicóloga com especialização em Cinesiologia Psicológica

*** Psicóloga e Mestre em Psicologia Social

Endereço para correspondência:

DMR – Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

R. Diderot, 43, Vila Mariana – CEP 04116-030 – São Paulo, SP

significa, originalmente, “penalização, castigo”. Dessa forma, revela-se a concepção do homem, na antiguidade, entender o fenômeno algico como um castigo divino. Lembramos que o elemento de composição “algia” e suas derivações “algico e algesia” também provém do grego “algós”, o qual tem uma curiosa semelhança com a palavra árabe “algoz”, ou seja, “carrasco”³.

A busca por um alívio para esse fenômeno é uma das causas do desenvolvimento da Medicina. Da prática dos curandeiros aos sacerdotes, nos primórdios da civilização, passando pela medicina grega, romana, medieval e moderna, verificamos as tentativas que retratam a constante procura do homem por soluções que diminuíssem a dor em orações, chás, emplastros, massagens, cirurgias e modernos analgésicos.

O conceito de dor sugere, atualmente, uma “sensação desagradável, variável em intensidade e extensão de localização, produzida pela estimulação de terminações nervosas especializadas em sua recepção”⁵. É uma experiência que, em sua forma funcional, integra os conceitos definidos por nociceção, sofrimento e conduta dolorosa. Por nociceção entende-se o processo neurofisiológico de detecção e sinalização de um estímulo nocivo. Sofrimento seria o conjunto de reações afetivas que surgem como resposta ao estímulo nociceptivo e a conduta dolorosa é definida como o grupo de atividades que realiza um paciente como resposta à presença de dor. A conduta dolorosa constitui o único índice clínico observável da dor¹². Manifesta-se por meio das alterações fisiológicas (suores, batimentos cardíacos, alteração da respiração) e na expressão facial do indivíduo.

A dor pode ser classificada em dois grupos:

- Dor aguda: este tipo é uma resposta imediata ao dano no tecido. Tem um componente imediato, que faz, por exemplo, uma pessoa retirar a mão da ponta de uma agulha que a fere;
- Dor crônica: é mais difusa, persiste pelo menos seis meses e inclui um comportamento aprendido por experiências passadas.

Diferentemente da dor aguda, que é autolimitada, controlável por analgésicos, tem sua origem patogênica e pode servir como um sistema de alarme avisando que algo nele está em desarmonia; a dor crônica é autopropetuada e raramente controlada por analgésicos. A percepção da dor crônica seria efeito da perpetuação da “memória de dor”¹², um conjunto de conceitos, estímulos, lembranças e associações, relacionando ao estímulo patológico qualquer fator social ou ambiental. Nessa linha de raciocínio, na dor crônica, haveria uma forte evidência de ter sido aprendida uma característica importante de sua manifestação

seja a pobre correlação entre os fatores patológicos e a percepção da dor pelo indivíduo. Frequentemente, os processos patológicos têm uma remissão e a pessoa ainda apresenta uma disfunção psicossomática progressiva. A isto se chama síndrome da dor aprendida¹².

Compreensão psicológica da dor. A dor é um sintoma e, como tal, permite identificar uma doença ou lesão no corpo a fim de que sejam tomadas as devidas providências para o tratamento.

O combate à dor, no entanto, encontra um obstáculo que é o modo como é sentida pelo paciente, tornando a experiência dolorosa algo pessoal e intransferível. Em 1995, foi realizado um estudo sobre o tema “dor” e editado em livro com o título *Dor no Brasil – Estado Atual e Perspectivas*. Foram entrevistados 800 médicos e deste total 58,8% acreditavam que as terapias não-medicamentosas também surtiam efeito no tratamento da dor. A psicoterapia foi citada por 13,7% dos entrevistados e o acompanhamento psicológico por 10,7%. Nesse mesmo grupo, 93,4% eram de opinião que a dor era um fator que trazia interferência na vida familiar, social e no humor do indivíduo¹⁷. Diante desses dados, poderíamos dizer que a psicologia muito tem a contribuir para o tratamento e o estudo da dor junto a equipes multiprofissionais.

Sempre que os indivíduos contêm raiva, angústia e toda sorte de sentimentos negativos, estão aumentando as possibilidades de sofrer dores, principalmente musculares. Tal contenção pode ser consequência de regras ou convenções sociais. Quando essas dores ocorrem, torna-se necessário que as pessoas compreendam que são sinais de um corpo que precisa ser “ouvido”; um corpo que ultrapassou sua capacidade de adaptação diante das tensões a que foi diariamente exposto (estresse). Os problemas surgem quando as demandas externas e internas são maiores que esta capacidade a qual varia de pessoa para pessoa.

Se esta é uma forma da pessoa ignorar a fragilidade de seu organismo, no extremo oposto, observa-se uma ingênua idolatria do corpo, tão prejudicial quanto a sua negação⁴. Assim, práticas esportivas, quando mal orientadas, torna o postulado “sem sofrimento não há prêmio” o retrato daqueles frequentadores de academia em busca de um modelo de beleza plástica a todo custo.

Percebemos, assim, que a dor é, às vezes, procurada. Por outro lado, tornar-se doente pode ou não ser uma escolha consciente, mas em nenhum momento se afirma que as dores não sejam reais. O adoecer pode refletir a dificuldade de uma pessoa de manifestar, de forma livre, seus descontentamentos; porém, somente evitando ou aprendendo a lidar com as situações que desencadeiam o desequilíbrio do organismo é que o

paciente procurará o bem-estar, algo que nem sempre se torna uma tarefa fácil.

Este fenômeno chamamos de disfunção psicossomática. Segundo J. McDougall⁷, é um sintoma no qual o psiquismo se utiliza de recursos primitivos e intraverbais que busca enviar mensagens que serão interpretadas somaticamente. É uma resposta a conflitos de vários tipos que são percebidos como ameaçadores ao funcionamento do psiquismo. Tais alterações, ainda que possam colocar a vida das pessoas em perigo, se destinam a protegê-las de um dano que poderia ser bastante grave, caso chegasse à consciência. É como se o corpo reagisse de modo imediato a substâncias tóxicas. As disfunções psicossomáticas reduzem essa vivência, porém, em um caminho mais curto, por meio do corpo, que, então, empresta suas funções ao psiquismo simbolizando os conflitos.

O desenvolvimento da psicanálise trouxe grandes contribuições para o entendimento das somatizações, mostrando que a história pessoal do indivíduo está intimamente ligada à questão da saúde. Nessa linha de raciocínio, a doença é compreendida não como um evento casual, mas como algo integrado à vida da pessoa¹¹. O estudo dos fenômenos psicossomáticos ganhou impulso por meio dos trabalhos de Groddeck (1866-1934), Freud (1856-1939) & Reich (1897-1956), entre outros.

O psiquiatra C. Jung (1875-1961) foi um dos pioneiros a abrir caminho para se pensar a questão da integração do corpo e da mente. Em 1935, em sua obra *Fundamentos da Psicologia Analítica*, deu grande importância aos aspectos sociais no surgimento das condições patológicas. Ao estudar a cultura de povos primitivos assim como as antigas civilizações, focalizou a importância que davam à saúde e à doença bem como o simbolismo que cada parte do corpo tinha para esses povos.

Para Jung, tanto a saúde como a doença poderiam ser entendidas como representações simbólicas. A doença, como símbolo, revela uma disfunção no eixo ego/self. O ego seria o centro na consciência e o self, o centro regulador da psique¹⁵. Para compreendermos o significado desse símbolo, não basta a busca da causa, mas a pesquisa de sua finalidade é indispensável. Nesse sentido, o porquê e o para quê se complementam, ampliando o conhecimento do indivíduo a respeito de seu problema além da relação entre causa e efeito. O processo psicoterápico de um paciente que sofre de dores crônicas pode levá-lo à compreensão de que o seu adoecer pode ter uma finalidade cuja compreensão será integrada à consciência, levando a uma melhor adaptação e, conseqüentemente, melhora no quadro de saúde.

É evidente que na vida do indivíduo que sofre de dores crônicas são freqüentes as crises de depressão em que se verifica diminuição no nível

da produção de endorfina, e que, por essa razão, a dor passa a ser percebida em uma magnitude maior. Esse dado é importante quando casos de indivíduos que sofrem com a síndrome conhecida como fibromialgia, na qual o quadro de depressão acaba por interferir em vários aspectos da vida da pessoa.

Fibromialgia, psicoterapia e relaxamento.

Conceitua-se a fibromialgia como uma síndrome dolorosa de etiopatogenia desconhecida e que acomete preferencialmente mulheres¹. Está caracterizada por dores difusas ao longo do corpo, associadas a distúrbios do sono, fadiga, distúrbios intestinais funcionais e cefaléia crônica.

A natureza subjetiva dos sintomas, a ausência de sinais, além dos pontos dolorosos, e a associação com distúrbios psiquiátricos provocam discussões ao classificar a fibromialgia como uma entidade isolada¹. É comum, por exemplo, encontrar pesquisas que irão considerar a fibromialgia como uma variante da depressão ou da somatização¹.

Uma grande parte das pessoas com essa síndrome se queixa do baixo limiar à dor. As pesquisas de Moldofsky & Wash, em 1978⁸, e Russel, em 1989¹³, demonstram que havia pouca serotonina disponível no cérebro desses pacientes. Não se definiu, porém, se é essa síndrome uma alteração primária do sono ou conseqüência da diminuição dos níveis de serotonina.

Existem resultados conflitantes no que se refere à atribuição de fatores puramente psicológicos como desencadeantes da fibromialgia. São encontrados pacientes cujas alterações psiquiátricas mais freqüentes, depressão e ansiedade, não fazem parte de sua constituição de personalidade ou o contrário, como a inclusão de 80% de pacientes com personalidade depressiva¹.

Os métodos de tratamento não-medicamentosos para esta e outras síndromes dolorosas se concentram na acupuntura, na hipnoterapia e nas intervenções comportamentais¹, tais como o relaxamento, cujos efeitos têm sido satisfatórios¹³. C. R. Carlson & R. H. Royle, nos Estados Unidos, em 1993, observaram a abreviação da progressão de dores no aparelho musculoesquelético por meio do relaxamento². Também, no mesmo país e ano, J. A. Turner & M. P. Jensen utilizaram o relaxamento e a psicoterapia durante 6 e 12 meses, em pacientes com dores crônicas nas costas. Duzentos pacientes evoluíram satisfatoriamente, melhorando de modo significativo a qualidade de vida no âmbito físico, ou seja, na diminuição das dores e atenuando as dificuldades no âmbito social¹⁹, por exemplo, a ansiedade.

O processo de relaxamento contribui para que o paciente corrija o que está errado em suas relações com seu corpo, com outras pessoas e com

suas próprias emoções. É uma oportunidade de reorganizar e reintegrar o que é percebido como desestruturado. A calma, conseqüente do relaxamento, e o bem-estar obtido podem mediar esse momento de reflexão para que o paciente redimensione o significado da dor em sua vida e reintegre a seu corpo as partes que estão doentes. Tal como uma peça teatral, as partes doloridas são como personagens na frente de um palco e as sadias as que estão no fundo⁹.

As várias modalidades de técnicas de relaxamento se constituem em um importante meio para que o paciente obtenha:

- Regulação de seu tônus muscular¹⁴;
- Liberação de uma energia, até então consumida por uma dinâmica corporal caracterizada por pontos dolorosos ou bloqueios musculares;
- Reintegração das partes doentes a sua imagem corporal, isto é, àquela representação que formou de seu corpo ao longo da vida⁹;
- Identificação e assimilação de conteúdos que lhe possibilitem um comportamento novo e mais adaptado⁹.

As técnicas de relaxamento constituem um conjunto de procedimentos úteis não só no âmbito da psicologia clínica como também da psicologia aplicada a hospitais. É uma das possíveis intervenções para pacientes com transtornos do sistema nervoso central como lesões por hemiplegia ou problemas neuromusculares (Paraplegia, tetraplegia, doenças ocupacionais).

Sabe-se que a medicina tibetana se utiliza de determinadas técnicas que incluem exercícios de respiração, automassagem e diferentes tipos de movimento tendo por finalidades uma qualidade duradoura de bem-estar. A este conjunto de técnicas denomina-se KUM-NYE: “A tradição escrita está contida nos textos médicos tibetanos bem como nos antigos textos do budismo. O valor desse sistema reside em integrar e reequilibrar dois enfoques: o psicológico e o físico”¹⁸.

Qualquer definição de relaxamento deve fazer referência aos componentes comportamentais – estados de tranqüilidade motora, subjetivos (informes verbais de descontração tanto por parte do terapeuta como do paciente em suas respostas) e fisiológicos (padrão reduzido de ativação somática). Dentre as várias modalidades de técnicas existentes, vejamos uma delas.

Na década de 30, nos Estados Unidos, Edmund Jacobson estabeleceu os critérios do Relaxamento somático, utilizando a medição da tensão dos músculos lisos. Elaborou um sistema de “seis passos” manipulando grupos de músculos estudados e permitindo ao paciente perceber melhor as suas respostas cinestésicas registrando

a diminuição das tensões musculares de modo consciente, sem necessitar de fenômenos hipnagógicos¹⁴.

O primeiro passo consiste na relação dos braços e das mãos; o segundo, das pernas; o terceiro procura fazer com que o paciente perceba sua respiração, inspirando e expirando profundamente; o passo seguinte é o relaxamento da testa, no qual o paciente movimenta os músculos dessa região contraindo e descontraindo-os; na seqüência, há o relaxamento dos olhos; e, por fim, de certos grupos musculares como a mandíbula. Cada passo dura cerca de 50 minutos, o que torna necessário um número de pelo menos 10 sessões para a realização de cada exercício. Esse método denomina-se relaxamento progressivo¹⁴.

A relação terapêutica. Em um centro de reabilitação física, evidencia-se a presença de pacientes que têm a dor como uma das queixas mais freqüentes. Essa situação pode ser observada em um indivíduo que sofre de fibromialgia.

No que concerne ao atendimento psicoterápico desses pacientes, é naturalmente necessária a formação de um bom vínculo entre paciente e terapeuta, o que vem a favorecer um ambiente empático e confiante. Isto porque o terapeuta está diante de uma pessoa cuja queixa se dá, na maior parte das vezes, na seguinte situação: “Como posso sentir dores se os exames não detectarem alterações graves no meu corpo?” Diante disso, alguns pacientes têm a sensação de que não são dados créditos àquilo que sentem

Procura-se levar em consideração as áreas da vida do indivíduo que estão sendo afetadas pela dor e, conseqüentemente, pela depressão. Ambas alteram a posição do sujeito com relação a si mesmo, com os outros e com as atividades que desenvolve. Merecem, pois, uma escuta e atenção integral do terapeuta, não só do ponto de vista interpretativo, mas também observacional e descritivo⁸.

Jung postulou que a relação do terapeuta com seu paciente é dialética¹⁶. Isso quer dizer que ambos estão igualmente envolvidos. Cabe ao terapeuta ser flexível em relação ao processo do paciente, em relação ao tratamento e na evolução do caso. Tal aspecto é importante a ser considerado quando o indivíduo sofre de dores crônicas, caracterizando um quadro de melhoras e recaídas. Essa flexibilidade permite que se compreenda tanto a origem psicossocial do problema como também os conteúdos subjetivos que o envolvem.

Sob a ótica da psicologia analítica de Jung, diríamos que o discurso de dor do paciente funciona como uma máscara (persona), que passou a existir por razões de adaptações ao sofrimento físico. De alguma forma, essa “máscara - discurso” encobre as vivências que contribuíram para o adoecer.

Nessa linha de raciocínio, somos levados a fazer uma relação simbólica entre os sintomas físicos e os elementos psicossociais da vida do paciente, ilustrando-os na seguinte situação: a síndrome dolorosa encobre, em um primeiro momento, o estresse do indivíduo em relação à família ou ao trabalho e que, até então, não foi percebido como algo prejudicial a saúde. Talvez, tal percepção não fosse possível, pois entraria em conflito com seus valores culturais ou com a situação vivida. Lembremo-nos que muitas dessas pessoas, diagnosticadas com fibromialgia, são mulheres criadas para serem perfeitas donas-de-casa e que mantiveram uma relação estressante com suas atividades. A forma que seu psiquismo encontrou para que pudesse lidar com isso foi utilizar o corpo para comunicar, de forma pouco elaborada, por isso primitiva, o descontentamento. A doença impede a pessoa de se movimentar adequadamente e, assim, de modo simbólico, diríamos que devido à imobilidade vão-se acumulando ressentimentos e tristezas.

Por outro lado, existiria um aspecto benéfico: a reação do organismo por meio dos pontos de dor, apontando para a desarmonia e para uma necessidade de mudança.

Ainda que adquirir novos hábitos seja algo difícil de ocorrer imediatamente, é papel do terapeuta orientar e acompanhar o paciente na busca por novas atitudes e, antes de tudo, criar condições para que a psicoterapia seja um momento em que o indivíduo reflita sobre a possível origem de seu problema e como lidar com ele daí para a frente.

Referências bibliográficas

1. ATRA, E.; POLLACK, D.; MARTINEZ, J.E. – Fibromialgia: etiopatologia e terapêutica. *Rev Brasil Reumatol* 33(2): 65-71, 1993.
2. CARLSON, C.R.; HOYLE, R. H – Efficacy of abbreviated progressive muscle relaxation training: a quantitative review of behavioral medicine research. *Consult Clin Psychol* 61(6): 1059-67, 1993.
3. CUNHA, A.G. et al. – *Dicionário Etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1982.
4. FARAH, R.M. – *Integração Psicofísica*. São Paulo, Robe, 1995.
5. HOLLANDA, A.B. et al. – *Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986.
6. JUNG, C.G. – *A Prática da Psicoterapia*. Petrópolis, Vozes, 1971.
7. McDOUGALL, J. – *Teatros do Corpo*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.
8. MOLDOSKY, H.; WARSH, J.J. – Plasmathryptophan and musculoskeletal pain in non articular rheumatism "fibrositis syndrome". *Pain* 5: 65-71, 1978.
9. PENNA, L. – *O corpo sofrido e mal-amado*. São Paulo, Summus, 1989.
10. RAMOS, D. – *A psique do corpo*. São Paulo, Summus, 1994.
11. RODRIGUES, A. L. et al. – *Temas de Medicina Psicossomática*. São Paulo, Roche, vol. 3.
12. ROMERO VENTOCILLA, P.; ARCE GONZALES, C. – *Dolor-Conceptos Actuales*. La Paz [s.n.], 1994 (apostila).
13. RUSSEL, I.J. – Neurohormonal aspects of fibromyalgic syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 15: 149-68, 1990.
14. SANDOR, P. – *Técnicas de relaxamento*. São Paulo, Vetor, 1982.
15. SHARP, D. – *Léxico junguiano*. São Paulo, Cultrix, 1993.
16. TAMLER, M.S.; MEERSCHAERT, J.R. – Pain management of fibromyalgia and other chronic pain syndromes. *Phys Med Rehabil Clin North Amer* 7(3): 549-58, 1998.
17. TEIXEIRA, M. J. et al. – *Dor no Brasil, estado atual e perspectivas*. São Paulo, Limay, 1995.
18. TULKO, T. – *Técnicas de relaxamento*. São Paulo, Cultrix, 1993.
19. TURNER, J.A.; JENSEN, M.P. – Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain* 52(2): 169-77, Feb, 1993.