



Fibromialgia: uma abordagem psicológica*

**Cláudia Pietrângelo Lima
Cristina Vilela de Carvalho**

Resumo: A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas e pela presença de pontos dolorosos em determinadas regiões do corpo. Seu diagnóstico é clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. Este trabalho é um estudo de caso com uma paciente atendida na rede pública, de 43 anos, encaminhada pelo médico com diagnóstico de fibromialgia. Buscou-se, através do estudo, analisar as contribuições que a psicologia, por meio da psicoterapia breve de orientação psicanalítica, pode oferecer ao portador da síndrome da fibromialgia. Verificou-se que o processo psicoterapêutico pôde contribuir em alguns aspectos para o desenvolvimento psíquico da paciente, promovendo a sua identidade como uma pessoa integral, abrindo outras possibilidades além da doença para sua vida e ajudando-a na melhora e no controle das dores da fibromialgia.

Palavras-chave: fibromialgia; psicossomática; psicoterapia; psicanálise.

Fibromyalgia: A psychological approach

Abstract: Fibromyalgia is a syndrome characterized by muscle and bone pain in certain areas of the body, with a clinical diagnosis, and without specific laboratorial alterations. This work is a case study with a 43-year-old female patient, user of the public health services, and who was referred to psychological care by her doctor after a diagnosis of fibromyalgia. With this study, we seek to analyze the contributions that psychology, through brief psychotherapy of psychoanalytical orientation, can bring to fibromyalgia patients. It was observed that the psychotherapeutic process could enable psychic development in the patient, promoting her identity as an integral person, opening other possibilities besides the disease for her life, and thus aiding in the improvement and control of fibromyalgia pains.

Keywords: Fibromyalgia; psychosomatic; psychotherapy; psychoanalysis.

Introdução

O presente trabalho surgiu a partir de um atendimento psicológico prestado pela primeira autora a uma paciente da rede pública com diagnóstico de fibromialgia e alguns sintomas psicossomáticos. O atendimento foi requisito obrigatório da disciplina Estágio Supervisionado do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR.

*Este artigo é uma versão modificada da monografia desenvolvida pela primeira autora e orientada pela segunda, apresentada na conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, do Centro Universitário de Maringá.

Agradecemos à Prof^ª. Dra. Rute Grossi Milani, que supervisionou o caso nessa disciplina.

O interesse em transformar esse atendimento clínico em um estudo de caso deveu-se à constatação de que o sofrimento causado à paciente por sua doença, que a incapacitava em todos os aspectos de sua vida, pôde ser amenizado através do processo de psicoterapia breve de orientação psicanalítica, em que não se buscou a cura da doença, mas sim, o desenvolvimento de alguns aspectos psíquicos da paciente.

O objetivo deste trabalho é mostrar como a psicologia, através da psicoterapia breve de orientação psicanalítica, pôde atuar na melhora e no controle da fibromialgia nessa paciente.

Revisão teórica

A fibromialgia é uma enfermidade de etiologia desconhecida, que tem por critérios diagnósticos (definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990) a persistência de queixas dolorosas difusas por um período maior do que três meses e a presença de dor em pelo menos 11 de 18 pontos anatomicamente padronizados (Rivera & cols., 2006; Weidebach, 2002).

O diagnóstico da fibromialgia é essencialmente clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. Acomete principalmente mulheres (20 mulheres para cada homem) e tem uma importante prevalência na população geral. Dados epidemiológicos populacionais recentes apontam que enfermidades caracterizadas por dor crônica alcançam taxa superior a 46,5%. No caso específico da fibromialgia aponta-se uma frequência entre 1% e 4%, o que a coloca como o segundo distúrbio reumatológico mais comum (Costa & cols., 2005; Jacomini & Silva, 2007; Stuginski-Barbosa, Dach & Speciali, 2007; Weidebach, 2002).

Além da dor musculoesquelética difusa e crônica, a maioria dos pacientes com fibromialgia apresenta fadiga generalizada, sensibilidade cutânea, dor após esforço físico e anormalidades do sono, tais como sono intermitente e sensação de cansaço ao acordar. Muitos pacientes relatam também redução da memória, cefaléia, cólon espástico, retenção líquida, bexiga irritável, vertigens, nervosismo, rigidez articular, sensação de intumescimento nas mãos, depressão e ansiedade (Araújo, 2006; Costa & cols., 2005; Rivera & cols., 2006; Santos & cols., 2006; Stuginski-Barbosa, Dach & Speciali, 2007).

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado em muitos trabalhos. Santos e cols. (2006), em pesquisa realizada em São Paulo, concluíram que a qualidade de vida dos portadores de fibromialgia é bem inferior à dos indivíduos saudáveis. Os autores destacaram o comprometimento do domínio do aspecto físico, a questão da dor e a significativa queda da vitalidade e capacidade funcional. Já Berber, Kupek e Berber (2005), em pesquisa realizada em Florianópolis, apontaram também a prevalência da depressão em 67,2% (entre leve, moderada e severa) dos 70 pacientes com fibromialgia estudados. Relacionado a isso estaria o fato de a doença não ter ainda sua origem determinada nem cura plena, gerando sentimentos de desamparo e vulnerabilidade. A presença concomitante de distúrbios psíquicos provoca maiores limitações funcionais, afetando ainda mais

negativamente a qualidade de vida das pessoas, tanto no aspecto físico como no intelectual e emocional, e reduzindo a capacidade da pessoa para o trabalho, a vida familiar e social (Torres, Troncoso & Castillo, 2006).

Knoplich (2001) e Villalpando, Sotres, Manning e González (2005) abordam a necessidade de a fibromialgia ser encarada como um sofrimento que envolve tanto o aspecto biológico como o psicológico.

Knoplich (2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O autor diz que a abordagem deve ser, desde o início, conjuntamente somática e psicológica. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, anti-reumáticos, tranqüilizantes e antidepressivos. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia. Contudo, Santos Filho (1994) diz que pacientes com elementos psicossomáticos significativos raramente procuram a análise por iniciativa própria. Eles são encaminhados pelos médicos que os atendem e muitos desses pacientes trazem na análise seus exames e indicações clínicas. O autor diz que há um pedido inicial de algo concreto, objetivo, que possa ser aprendido, ensinado e não desvendado, descoberto, e acrescenta que se nota uma dissociação entre os acontecimentos traumáticos e os sintomas corporais. Considera que essa é a primeira tarefa do analista: reconstituição histórica e cronológica e integração entre datas, acontecimentos e eclosões somáticas.

A meta do procedimento psicanalítico é ressignificar a história do paciente, o que equivale a uma ressignificação dos fatos, sendo que a substituição do significado arrasta consigo uma magnitude de afeto suficiente para dar-lhe significância (Chiozza, 1987).

Santos Filho (1994) também coloca como importante tarefa do analista com os pacientes psicossomáticos a compreensão da dificuldade desses pacientes em nomear seus estados afetivos. O autor fala que os pacientes sentem-se divididos entre bons e maus estados da alma, não percebendo as sutilezas e diferenças do ódio, raiva, mágoa, ressentimento, culpa, nem as de bem-estar, alegria, felicidade, paz. Considera que o analista precisa estar atento para não nomear um estado afetivo como se o paciente soubesse o que é.

Montagna (1996) diz que a leitura dos próprios sentimentos feita pela pessoa e a linguagem que permite expressá-los verbalmente estão cheias de buracos, de brancos, e cabe à análise tentar ajudar a preencher. O autor também comenta que, do ponto de vista cognitivo, colocar em palavras uma experiência traumática modifica a memória, organizando a experiência emocional em algo coerente, que pode ser mais facilmente assimilado e colocado de lado (Montagna, 2001).

Em relação à atitude do analista, Zimmerman (2001) recomenda um papel mais ativo por parte deste, de modo que a atividade interpretativa permita o uso de clareamentos, confrontos, assinalamentos e o emprego de perguntas que estimulem o paciente a fazer reflexões. Também recomenda o emprego de metáforas simples e facilmente compreensíveis, que possibilitem a junção do pensamento com o sentimento e com uma imagem visual.

Algo muito presente na síndrome da fibromialgia é a questão da dor. Para Sasdelli e Miranda (2001), a dor articula-se como funcionamento psicológico do ser singular, e

ao abordar o paciente é importante considerar que é necessário usar a condição da empatia, colocar-se no lugar do outro, para buscar compreender o que a dor representa para ele; tentar perceber se o doente consegue ter algum ganho secundário com ela.

Segundo os autores, à medida que fala sobre a dor e suas representações, a pessoa passa a ter maior experiência e maior compreensão sobre ela, podendo sair da posição passiva da vivência e assumir uma postura de crescer na experiência. Há que se considerar, também, que a dor, em muitos casos, será uma eterna companheira da pessoa, a qual terá que se submeter a algumas restrições. É necessário dar uma significação ao processo de adoecer.

Angelotti (2001) coloca que os indivíduos relativamente inativos são especialmente vulneráveis à experiência dolorosa, pois, não tendo mais com que ocupar a atenção, concentram-se na dor. Para Coelho (2001), a base da estrutura da personalidade do doente crônico compreende tendências à regressão, o que pode facilitar cuidados básicos, por se adaptar à condição de 'paciente', mas também contribuir para a sua cronicidade.

Método

O método utilizado foi o de estudo de caso. De acordo com Triviños (1987) e Lüdke e André (1986), é um tipo de pesquisa qualitativa que se caracteriza por ser descritiva, interpretando os resultados dentro de um contexto, possuindo coerência, lógica e consistência.

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso é o estudo de *um* caso, seja ele simples e específico ou complexo e abstrato. Este é sempre bem-delimitado e pode ser similar a outros, mas a importância está no que ele tem de único, singular, próprio.

Para Tachizawa e Mendes (1999), no estudo de caso é importante fazer uma análise específica do caso real com hipóteses, modelos e teorias. Para Lüdke e André (1986), o investigador sempre estará atento a novas descobertas durante o seu estudo, pois o conhecimento nunca pára. A característica importante do desse método é que ele permite ao leitor usar esse conhecimento para fazer generalizações e desenvolver novas compreensões.

Será realizada uma análise das sessões com a paciente, considerando as questões relacionadas à fibromialgia e aos sintomas psicossomáticos, no início, meio e fim do processo psicoterapêutico desenvolvido com ela, utilizando-se vinhetas clínicas para a análise e discussão dos resultados.

O caso

O caso estudado é o de Nair (o nome foi substituído), que tem 43 anos, é casada, cursou até a 2ª série do ensino fundamental, freqüentava a igreja Congregação Cristã e tinha por atividade as funções de dona de casa e babá. Com diagnóstico de fibromialgia, foi encaminhada por um médico, o qual solicitou acompanhamento psicológico para ela.

A paciente trouxe como queixas ter esquecimentos – como esquecer a comida no fogo; quase ter convulsões (‘convisão’), que só não tinha por causa dos remédios que tomava, por isso não podia parar de tomá-los; ‘dor de intestino’, dor de estômago, dor no corpo todo, nos ombros e juntas dos dedos. Em relação aos esquecimentos, disse que só saía de casa para ir aos médicos e à igreja; se não conhecia o caminho, não podia sair sozinha, pois se perdia. Relatou que, ao passar mal, sentia uma dor no peito, a veia do pescoço ficava ‘mexendo’, a voz não saía, não enxergava nada e tinha tontura e forte dor de cabeça. Disse que não podia passar nervoso e que tanto notícias boas quanto notícias ruins a faziam passar mal. Também colocou que ninguém podia ofendê-la, que passava mal; e que queria que as coisas ficassem sempre como as deixava; ninguém podia tirá-las do lugar, pois ficava nervosa.

Quanto à história de vida, Nair casou-se pela segunda vez há dezoito anos. Tem dois filhos desse casamento: uma filha de dezessete e um filho de treze anos. O primeiro casamento ocorreu quando tinha vinte e dois anos, tendo ficado apenas um ano casada, pois seu marido morreu. Teve um filho do primeiro casamento, o qual morreu logo após nascer, pois tinha um problema cardíaco. O marido morreu poucos meses depois, também por problema no coração. Com vinte e quatro anos casou-se de novo.

A paciente começou a apresentar os sintomas de fibromialgia com trinta e dois anos. Afirmou que no período menstrual o mal-estar se agravava: sentia tontura forte e às vezes ânsia de vômito. Passava mal com a menstruação desde quando sua mãe morreu, há três anos. Contou que teve um ‘choque’ no velório, a menstruação desceu e ela sentiu-se mal, com tontura.

Sobre sua infância, a paciente relatou que tinha catorze irmãos, quatro dos quais morreram. Tem um irmão gêmeo. Contou que começou a andar com três anos e a falar melhor com dezoito anos. Disse que até hoje tem dificuldade para falar e não fez nenhum tratamento, porque moravam no sítio e seus pais não a levaram ao médico. Estudou só até a segunda série, pois não conseguia aprender.

Em relação ao pai, Nair contou que ele não a chamava pelo nome e a ‘xingava’ de ‘cara de égua’. Disse que o pai a queria como esposa dele quando sua mãe morresse, que ele queria fazer ‘malandragem’ com ela e ameaçava matá-la se contasse para alguém. Ela dizia para o pai: ‘Pode me matar, mas não vou fazer; pode beber meu sangue, mas eu não dou’. De acordo com Nair, o pai nunca conseguiu fazer nada com ela, pois ela nunca o permitiu. Atualmente ele mora em São Paulo com um irmão, e ela não conversa com ele. Quanto ao relacionamento com a mãe, Nair relatou que ela e a mãe não tinham nada uma contra a outra. ‘Ela não tinha contra mim e eu não tinha contra ela’. A mãe a ajudava em sua doença. Falou que tinha, sim, contra o pai, porque ele queria tê-la como esposa quando sua mãe morresse. No velório da mãe, ela e o pai não ficaram no mesmo ambiente.

Sobre seu segundo casamento, Nair referiu que depois de ter-se casado novamente parou de trabalhar fora e houve uma época em que só queria ‘andar, andar, andar pelas ruas’. Tinha vontade de ‘socar’ debaixo dos carros, só pensava nisso. Queria ‘socar’ debaixo dos carros porque gastava muito com medicamentos e tratamentos. Disse que o marido reclamava dos gastos com remédios. Contou que, quando se casou pela segunda vez, sua doença se agravou e ela começou a ter que ir

a Curitiba por causa das dores que sentia. Mesmo doente, cuidou do sogro por dez anos. Depois voltou a trabalhar de babá. Chegou a cuidar de várias crianças ao mesmo tempo. Cuidava de doze crianças, mas seu médico mandou que cuidasse só de uma. Atualmente trabalha como babá de uma sobrinha, filha de sua irmã. Outras pessoas lhe pedem que cuide de mais crianças, mas devido à sua enfermidade só consegue cuidar de uma.

Os filhos de Nair a ajudam no serviço de casa. Ela disse que quer que eles estejam o tempo todo com ela, cuidando dela e ajudando-a, principalmente por causa de seus esquecimentos. Seu marido é pedreiro e trabalha em uma firma, com salário fixo. Como seu salário é baixo e ele gasta muito em farmácia com os remédios da esposa, a família necessita da ajuda da igreja com cesta básica. Nair não se sente bem em receber essa ajuda. Sobre o relacionamento com o marido, relatou que não lhe ‘obedece’, não ouve a opinião dele.

Em relação aos problemas de saúde, Nair relatou ter começado a fazer o tratamento em Curitiba há 10 anos. Toma Frontal, Rivotril, Amytril, Pratiprazol para o estômago e Codaten para dor. O médico de Curitiba lhe indicou sessões de fisioterapia. Ela começou a fazê-las, mas, de acordo com ela, a ‘toterapia’ piorou suas dores e ela parou de ir às sessões, não voltou mais. Disse que era a primeira vez que fazia acompanhamento com psicóloga.

Sobre as dores que sentia, disse tê-las no corpo todo, nos braços e pernas. Tinha dificuldade para erguer os braços. No frio sentia mais dores. Tinha limitações quanto ao serviço de casa, relatando que por causa das dores não conseguia lavar as paredes, limpar o quintal, pregar botões nas camisas do marido. Também tinha dificuldade para dormir; mesmo tomando seus ‘calmantes’ não dormia bem. Em relação às dores de cabeça, disse que as tem constantemente, mas pioram quando tem crises, quando fica nervosa. Os ‘nervos pulam’. Tem dor na ‘caixa do peito’, parecendo que vai ter um infarto, e dor de estômago (diz ter gastrite) e dor na bexiga. Na área sexual, relatou não sentir vontade de ter relações com o marido já há uns dez anos, desde quando começou a ter a enfermidade. Não sente prazer na relação, não sente desejo, só faz por obrigação; quando o faz, diz que fica pior, com mais dores, sente dor na bexiga.

Processos psicodiagnóstico e psicoterapêutico

O psicodiagnóstico foi realizado em quatro sessões, através de entrevistas verbais com a paciente. Levantou-se como hipótese diagnóstica o transtorno psicossomático associado ao transtorno da personalidade dependente.

A paciente apresentava dificuldade na função de pensar as emoções e na função da linguagem, para comunicar essas emoções e também para comunicar pensamentos e idéias. Tinha um funcionamento regredido, com dificuldade para se cuidar, necessitando que outra pessoa cuidasse dela. Apresentava um funcionamento de menina, não de uma mulher. Também havia aspectos histéricos referentes à relação muito sexualizada com o pai, não podendo a paciente se tornar mulher pela ameaça que isso lhe representa.

No processo psicoterapêutico, foram realizadas vinte sessões com Nair. O atendimento teve a duração de seis meses, com sessões semanais de cinquenta minutos.

A devolução do psicodiagnóstico para a paciente foi feita na 5ª sessão, estabelecendo-se o contrato com ela referente aos dias e horários do atendimento, às faltas (após três faltas seria desligada do atendimento). Foi também explicado que o atendimento (gratuito) fazia parte da formação da psicóloga num curso de especialização, sendo, portanto, necessário o consentimento dela para que os dados do processo fossem usados no trabalho do curso. Destacou-se que não seriam usados elementos que pudessem levar ao reconhecimento da paciente. Essas informações e explicações constaram em um termo de consentimento em duas vias, assinadas pela paciente e pela psicóloga. Uma via ficara com a paciente e a outra com a supervisora do curso de especialização.

Neste trabalho serão abordados apenas os aspectos relacionados à fibromialgia e a alguns sintomas psicossomáticos da paciente.

Resultados e discussão

Nas primeiras sessões, Nair mostrou-se com poucos recursos psíquicos, com um ego frágil e muito dependente de sua família e das pessoas a seu redor, por causa da enfermidade, das dores que sentia, e por passar ‘nervoso’ com ‘notícia boa’ ou ‘notícia ruim’. Mobilizava toda a família ao redor de si e tentava mobilizar a terapeuta também, através da transferência, para sua condição de enferma, colocando-se em uma posição de dependência em relação às outras pessoas.

A paciente procurara o atendimento psicológico através de um encaminhamento médico, e na primeira sessão abriu sua bolsa e entregou à terapeuta as caixas dos remédios que tomava. De acordo com Santos Filho (1994), a maioria dos pacientes psicossomáticos procura a terapia apenas por encaminhamento médico. Eles trazem para a sessão exames e indicações clínicas como uma forma de ter algo concreto, objetivo, e não algo a ser descoberto.

Nair disse acreditar que a terapeuta iria encaminhá-la para o hospital do câncer, devido às dores que sentia, e que fosse pedir exames para ela. Foi necessário explicarlhe, também, por ser a primeira vez em que ia a uma psicóloga, a diferença entre o médico e a psicóloga. Esclareceu-se que a terapeuta não lhe pediria exames nem receitaria remédios, pois essa era função do médico. Ali era um espaço para falar sobre ela, sobre o que sentia, pensava, sobre as coisas que a incomodavam e a faziam sofrer, ficar nervosa; sobre suas dificuldades, bem como sobre as coisas que a deixavam bem.

Trabalhou-se com a paciente a reconstituição dos acontecimentos, das datas, de sua história de vida, com os sintomas somáticos que relatava, relacionados à fibromialgia. Houve respeito pelo ritmo de Nair com a terapia, trabalhando-se a sua angústia quanto ao processo psicoterapêutico, pois para ela a terapia poderia aumentar suas dores, como a fisioterapia que fizera e abandonara. Nair, indiretamente, pedia que a terapeuta fosse devagar, pois não suportava coisas ‘boas’ nem ‘ruins’, passava mal, e tudo tinha que ser do jeito dela.

É característica do paciente psicossomático a dificuldade para nomear seus sentimentos, o que os autores denominam alexitimia. Segundo Zimerman (2001), o paciente somatizador, ao não conseguir ler suas emoções, expressa-as pelo corpo. Nair, sempre que algo acontecia, bom ou ruim, somatizava-o, por não conseguir pensar suas emoções.

Realizou-se com a paciente, a cada sessão, o processo de indagar, investigar o que havia acontecido na semana com ela, após relatar seus sintomas, como passar mal, ter tontura, dor na nuca, dificuldade para dormir, ânsia de vômito, dores nos braços e pernas. Fazia-se uma confrontação com os acontecimentos, para levá-la a pensar e a falar sobre seus sentimentos relacionados aos fatos acontecidos com ela.

No final da segunda sessão, Nair disse que tinha “muita coisa na cabeça”. A terapeuta falou que era importante ela poder falar sobre todas as coisas que deixavam sua cabeça cheia. Na quarta sessão, a paciente falou que estava com a cabeça menos ‘pesada’ e que conversar com a psicóloga a ajudava a não ficar com um ‘boi’ na cabeça. Verificou-se a ligação de suas dores de cabeça e tonturas fortes com as emoções, os afetos, seus sofrimentos que não podiam ser pensados, falados, e assim eram expressos pelo corpo. A terapia começou a ajudá-la a metabolizá-los.

Ao longo do processo psicoterapêutico, foram se evidenciando sua dependência e a necessidade de ser cuidada pelos outros, bem como a sua falta de reconhecimento das necessidades do outro, mostrando aspectos narcísicos muito fortes.

A paciente reclamava de ter televisão em casa, pelo fato de o marido e os filhos ficarem assistindo aos programas e não darem ‘atenção’ a ela. Por causa de sua religião, alegava não gostar de televisão. Dizia ao marido que ele deveria escolher entre a televisão e ela. Reclamava que por causa da televisão os filhos não a ajudavam a se lembrar da comida no fogo.

Os assinalamentos, clarificações, confrontações e interpretações aconteceram, procurando mostrar a Nair que os filhos e o marido também tinham suas necessidades, suas vontades – que eram diferentes das dela, porque as pessoas são diferentes. Falou-se que os filhos não podiam ficar o tempo todo ao lado dela e que ela tinha condições de fazer sozinha coisas como cuidar da comida, pois demonstrava se lembrar de muitas coisas ao relatar os acontecimentos em sua vida desde a infância. A terapeuta disse que os filhos tinham interesses de acordo com a idade deles, que precisavam do espaço deles, e que Nair poderia fazer coisas de que gostasse enquanto eles assistissem televisão.

Realizou-se um trabalho de fortalecimento egóico com a paciente, mostrando-lhe suas capacidades e conquistas, o que construíra em sua vida. Construíra seu casamento, cuidara do sogro doente, criara seus filhos, ia para Curitiba sozinha fazer seus tratamentos de saúde, assim como vinha sozinha para as sessões de terapia.

Na relação com o marido, Nair se apresentava mais como uma filha do que como esposa, uma mulher adulta, e via nele mais um cuidador do que um homem, e um cuidador que tinha que lhe prover tudo. Por ele não conseguir lhe prover tudo, brigava muito com ele.

Coelho (2001) coloca que na estrutura da personalidade do doente crônico observam-se tendências à regressão e à passividade, deixando este de ser agente no

processo de tratamento e delegando essa função a outros. Também se faz presente a dependência excessiva, necessitando do cuidado de outros, à semelhança da dependência vivida no início da vida.

A paciente relatou, na sexta sessão, ter um ‘sentimento’ que não iria conseguir curar. A terapeuta lhe perguntou de que era esse ‘sentimento’. Nair disse que era o ‘sentimento’ de querer ter tudo. Contou que queria uma máquina de lavar que fizesse tudo, mas o marido não tinha dinheiro, mostrando até o seu holerite a ela. A terapeuta trabalhou com ela explicando que não poderia dar conta dos seus desejos, mas a terapia a ajudaria a pensar em como se sentia ao não ter esses desejos atendidos, o que ela poderia fazer com isso. Também argumentou que o marido não podia lhe dar tudo e que ele tinha os desejos dele, vontade de ter as coisas; disse que não é possível ter tudo o que se quer.

A partir do processo psicoterapêutico, Nair foi promovendo algumas mudanças em suas relações objetais, percebendo o outro como um outro diferente dela, com suas próprias necessidades, e notando que ela mesma poderia buscar, segundo suas possibilidades, a satisfação das suas necessidades, e cuidar de si mesma.

Nair cuidava da sobrinha o dia inteiro e recebia vinte, trinta reais, quando a irmã pagava, porque muitas vezes não o fazia. O marido reclamava que ela não melhorava de sua enfermidade por causa da sobrinha, e que era por isso que tinha que gastar tanto com remédio na farmácia. A paciente disse que era cansativo para ela cuidar, mas que não podia colocar a sobrinha na rua, como se não houvesse outras opções, como a creche. Através do trabalho psicoterapêutico, a paciente assumiu que gostava de cuidar da sobrinha, que era uma ‘toterapia’ (terapia) para ela, pois lhe distraía a cabeça, fazia-lhe bem. Disse que só não podia cuidar de várias crianças ao mesmo tempo. A terapeuta falou que ela tinha suas limitações por causa da fibromialgia, mas que ser babá era a sua profissão, o seu trabalho, e que ser babá era como qualquer outro trabalho e que tinha que receber por isso.

Nair contou em outra sessão ter conversado com sua irmã e definido com ela um valor fixo por mês para cuidar de sua sobrinha. Verificou-se que a terapia contribuiu para o resgate de sua identidade profissional, enquanto uma pessoa que pode produzir, apesar da enfermidade. Viu-se que a paciente tinha ganhos secundários com a doença, mas muitas perdas também, pois não podia se impor à irmã como profissional, cobrar pelo seu trabalho, valorizar-se como profissional e como pessoa, o que significaria dar conta de si mesma, não precisar tanto do cuidado e da atenção das pessoas.

A paciente supunha haver pessoas – como os seus vizinhos – que achavam que sua enfermidade era mentira, que ela não tinha nada. O marido também sempre reclamava que ela não ‘sarava’ da doença e que precisava gastar muito com remédio na farmácia. Trabalhou-se na transferência com a paciente, que também poderia pensar se lhe era possível confiar na terapeuta, se esta não iria julgá-la, desconfiar do que sentia, das suas dores, de sua enfermidade, e se a compreenderia, a entenderia em suas dores. A terapeuta lhe disse que entendia como é difícil para ela, que entendia que sua enfermidade era real, que suas dores eram reais e que tinha suas dificuldades e limitações por causa da doença, mas que ali com a terapeuta poderia ver outras possibilidades para sua vida.

A paciente, no meio do processo psicoterapêutico, começou a fazer caminhadas constantes, todos os dias, com uma vizinha. Antes só ficava dentro de casa, saía apenas para ir à igreja, não fazia nenhum exercício físico. Também começou a consultar uma médica reumatologista, a qual passou a acompanhá-la no tratamento da fibromialgia.

Trabalhou-se com a paciente a capacidade de lidar não apenas com emoções ruins, mas também com emoções boas. D'alvia (1994) diz que muitas sensações corporais nos pacientes psicossomáticos não têm uma contenção psíquica e seguem a via da descarga corporal, não havendo um registro adequado de percepções referentes a experiências prazerosas.

Viu-se que Nair não tinha momentos prazerosos, não se permitia ter esses momentos. A terapeuta trabalhou no sentido de que a paciente poderia ser vista de outro jeito que não como doente, e que poderia ficar alegre, bem – mesmo com sua enfermidade; sair, passear, fazer caminhadas. Nair relatou que comprara um CD da igreja e passara a cantar, e recolhia a roupa do varal cantando. Na décima sexta sessão, a paciente contou que naquela semana tinha feito aniversário, que ficara “contente”, recebera os parabéns do marido e dos filhos, não passara mal. Falou dos presentes que recebera.

Ao final do processo psicoterapêutico, Nair demonstrou bons recursos egóicos, como linguagem, pensamento, memória, capacidade para *insight* e simbolização, o que era muito diferente do início do atendimento, quando se apresentara como uma pessoa muito frágil, muito enferma, dependente de todos e com poucos recursos psíquicos. A paciente se permitiu construir junto com a terapeuta uma relação que lhe possibilitou deixar que seus recursos aparecessem, que pensasse em sua vida e mudasse sua relação com a doença e com as pessoas, com o marido, com os filhos, com a irmã. Nair trabalhou aspectos de resgate de sua identidade, de sua condição de mulher adulta e capaz de se responsabilizar por sua vida e pelo tratamento da fibromialgia. Pôde-se ver como uma pessoa integral, e não como enferma, doente.

Sobre a relação com os filhos, Nair contou que o mais novo estava com problemas na escola, que ele só fazia as tarefas se ela mandasse e ficasse junto dele, mesmo ela não sabendo ajudá-lo. Nair disse ter-lhe falado que tinha que estudar sozinho, que ela não podia ficar com ele todo o dia na sala de aula mandando-o estudar, ‘igual sua mãe que achava que vocês tinham que ficar o tempo todo atrás de mim, e vocês não podem’. Disse a ele ter aprendido com a psicóloga que eles tinham que brincar, sair, ter o espaço deles.

Na décima nona sessão Nair disse ter ido à escola do filho conversar com a professora dele, e esta lhe contara que ele estava estudando, não ficava mais chorando, mudara muito. Falou que a terapia fazia bem a ela e à sua família, pois aprendera a conversar, a ter diálogo. Agora, na hora do almoço, pergunta aos filhos como foram na escola.

Sobre a filha, que é quatro anos mais velha que o irmão, Nair contou que ela a ajudava muito no serviço de casa e trabalhava como diarista aos sábados. Falou que a filha estava querendo entregar currículo para ganhar mais, mas se preocupava com a mãe. Nair disse a ela que entregasse, sim, o currículo, e não se preocupasse com ela,

pois ficaria contente se ela arrumasse um emprego. A paciente, estando com recursos para cuidar de si, pôde dizer à filha que estava bem, que iria ficar bem.

Quanto ao marido, Nair relatou que eles haviam passado a ficar mais juntos, conversavam, e ela lhe deixava assistir televisão. Falou que ‘o marido lembrou que tem esposa e a esposa lembrou que tem marido’. Disse que ele não compreendia sua doença e ela não compreendia as necessidades dele, e hoje ele a compreende, e quando não pode acompanhá-la ao médico, pergunta como foi lá.

A paciente, ao final do processo, não apresentava, no período da menstruação, dor no peito nem distúrbios do sono. Relatou sentir diferença quando caminhava e quando não caminhava. Falou que quando não faz caminhada os nervos da perna parece que ‘encurtam’, que não pode ficar só dentro de casa, parada. Trabalhou-se com a paciente a importância da manutenção da caminhada para a fibromialgia, importância que ela mesma percebe. Nair também relatou estar dormindo bem, e que assim fica mais disposta durante o dia para fazer suas coisas. Percebe que a caminhada a ajuda a dormir bem, pois antes, mesmo tomando seus calmantes, não dormia bem.

Nair falou, na décima nona sessão, que atualmente sua dor é ‘livre, leve, controlada’, e antes era “uma dor que se entregava, ficava frouxa, não fazia nada”. Disse que antes não fazia nada, só ficava dentro de casa, deitada, com dor de cabeça que não passava nem com remédio, nervosa e brigando com todos, e hoje costura, prega botão nas roupas do marido e dos filhos, lava louça, coisas que hoje consegue fazer e antes não fazia. De acordo com Angelotti (2001), pessoas relativamente inativas são especialmente vulneráveis à experiência dolorosa, por não terem mais com que ocupar a atenção a não ser concentrar-se na dor.

Na vigésima sessão, Nair contou que sua cunhada que estava com câncer falecera (irmã de seu marido), e que chorou, ficou ‘sentida’, triste, mas não passou mal, e pôde participar do velório e do enterro ao lado do marido. Disse que um apoiou o outro e que se fosse antes nem conseguiria ir ao velório.

O processo psicoterapêutico foi encerrado com Nair, destacando-se que todas essas conquistas e mudanças em sua vida foram possíveis pelos recursos que possuía e que ela permitiu que fossem descobertos na terapia, através da relação com a terapeuta. Colocou-se que esses recursos permaneceriam com ela após o encerramento do atendimento, e também que existiam muitas possibilidades em sua vida além da fibromialgia, e que esta poderia manter-se controlada, mesmo que sentisse algumas dores.

Conclusão

Verificou-se, através deste estudo de caso, que a psicoterapia breve de orientação psicanalítica pode contribuir para a melhora e o controle de alguns sintomas da fibromialgia ao promover o desenvolvimento de determinados aspectos psíquicos da paciente, resgatando sua identidade como uma pessoa integral, com muitas possibilidades em sua vida além da doença. Nair pôde, através do processo psicoterapêutico, sair da condição de dependência em que se encontrava, da condição

de passividade ante a doença, para a condição de uma pessoa ativa, responsável por sua vida e pelos necessários tratamentos e cuidados com sua doença.

Essa condição permitiu à paciente mudar sua forma de se relacionar com as pessoas e com a fibromialgia, passando a compreender o outro como um outro diferente dela, com necessidades, vontades e desejos próprios. Passou a compreender a doença como algo que faz parte de sua vida, mas não é toda a sua vida, todo o seu ser.

Pelo exposto se pode ver que a psicoterapia breve de orientação psicanalítica tem muito a contribuir com os portadores da síndrome da fibromialgia.

Referências

- Angelotti, G. (2001). Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 113-130). São Paulo: Pioneira.
- Araújo, R.L. (2006). Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 56-60.
- Berber, J.S.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 47-54.
- Chiozza, L. (1987). *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. Campinas: Papyrus.
- Coelho, M.O. (2001). A dor da perda da saúde. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 69-92). São Paulo: Pioneira.
- Costa, S.R.M.R. & cols. (2005). Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 64-70.
- D'alvia, R. (1994). Narcisismo, patologia de risco e doença somática. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 143-152.
- Jacomini, L.C.L., & Silva, N.A. (2007). Disautonomia: um conceito emergente na síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47(5), 354-361.
- Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia, dor e fadiga*. São Paulo: Roubé.
- Lüdke, M., & André, M.E.D.A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Montagna, P. (1996). Algumas reflexões sobre relação mente-corpo em psicanálise e função do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30(2), 463-477.
- Montagna, P. (2001). Afeto, somatização, simbolização e a situação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(1), 77-88.
- Rivera, J. & cols. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatologia Clínica, Supl. 1*, 55-56. Disponível em: <<http://www.doyma.es>> Acessado: 26/11/2007.
- Santos, A.M.B. & cols. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(3), 317-324.
- Santos Filho, O.C. (1994). Psicanálise do "paciente psicossomático". *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 111-128.

- Sasdelli, E.N., & Miranda, E.M.F. (2001). Ser: o sentido da dor na urgência e na emergência. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 93-112). São Paulo: Pioneira.
- Stuginski-Barbosa, J., Dach, F., & Speciali, J.G. (2007). Relação entre cefaléia primária e fibromialgia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47(2), 114-120.
- Tachizawa, T., & Mendes, G. (1999). *Como fazer monografia na prática*. Rio de Janeiro: FGV.
- Torres A., L., Troncoso E. S., & Castillo, R.D. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285-298.
- Triviños, A.N. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Villalpando, M.I.B., Sotres, J.F.C., Manning, H.G., & González, A.A. (2005). La fibromialgia: un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28(6), 41-50.
- Weidebach, W.F.S. (2002). Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(4), 291- 299.
- Zimmerman, D.E. (2001). O paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(1), 717-727.

Recebido em junho de 2007 Aceito em março de 2008

Cláudia Pietrângelo Lima: psicóloga; especialista em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (Centro Universitário de Maringá); psicóloga clínica da CAPSEMA (Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensão dos Servidores Municipais de Maringá).

Cristina Vilela de Carvalho: psicóloga, mestre em Psicologia (USP), professora do Departamento de Psicologia (UEM).

Endereço para contato: cvilelac@wnet.com.br