

Tratamento psicológico em grupo para dor crônica

Daiane Soares Silva

Psicóloga clínica, Goiânia – GO – Brasil

Eliana Porto Rocha

Psicóloga clínica, Goiânia – GO – Brasil

Luc Vandenberghe

Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Goiânia – GO – Brasil

Resumo

O objetivo deste trabalho é identificar algumas dimensões de conteúdo numa terapia em grupo para dor crônica. Participaram do estudo 15 mulheres com idade entre 30 e 58 anos. Três grupos foram formados e foi aplicado um protocolo de 12 sessões de cunho misto, psicoeducativo e psicoterápico. As sessões foram gravadas, transcritas e submetidas a uma análise de acordo com os preceitos da *grounded theory*, a fim de identificar os conteúdos do processo terapêutico. Surgiram quatro categorias: Convivência com a dor; Problemas do cotidiano; Relacionamento com os terapeutas e Interação ao vivo entre participantes. Em cada uma dessas quatro dimensões, é possível descrever uma busca das participantes de ajustar suas formas de lidar com suas emoções, com seu passado, com relacionamentos interpessoais e consigo. As quatro categorias sustentam uma proposta de terapia em grupo que não só ensina lidar com dor, mas aborda uma variedade de aspectos pessoais e sociais que influenciam a dor crônica.

Palavras-chave: Psicoterapia de grupo, Dor crônica, Manejo da dor.

Psychological treatment for chronic pain

Abstract

The present study intends to identify content dimensions in group therapy for chronic pain. Fifteen women between 30 and 58 years old participated in this study. Three groups were formed and twelve sessions mixing psycho-educational and psychotherapy protocol were applied. The sessions were recorded, transcribed and submitted to a grounded theory analysis, in order to identify the dimensions of the treatment process. Four categories emerged: Living with pain; Daily life problems; Relationship with the therapists and In-vivo interaction between participants. In each of these dimensions, it is possible to describe the quest of the participants to adjust their ways of coping with emotions, with their past, with interpersonal relationships and with their self perception. The four categories support a proposal for group therapy that does not only provide ways to cope with pain, but mobilizes a variety of personal and social variables that influence chronic pain.

Keywords: Group psychotherapy, Chronic pain, Coping with pain.

Endereço para correspondência: Daiane Soares Silva - Rua Periatã, Qd. 207, Lt. 07. Parque Amazônia, Goiânia, GO. E-mail: daianedv@hotmail.com. Luc Vandenberghe – E-mail: luc.m.vandenberghe@gmail.com

Apoio financeiro da CNPQ através de bolsa de iniciação científica

Os autores gostariam explicitar sua gratidão a Rosely Domingues Guimarães de Oliveira e Daniella Batista de Ataídes Marques, que atuaram como terapeutas na fase piloto e desenvolveram, junto com o terceiro autor, a primeira versão do protocolo de tratamento. Agradecem também a Daniella e Rosely, por conduzir, juntamente com a primeira autora, os grupos em que foi obtido o material para essa pesquisa. E finalmente, agradecem a Daniella, Rosely e Katiúscia Kelly de Andrade pela ajuda na pesquisa bibliográfica, pelo apoio logístico e pelas contribuições e ajuda em diversos aspectos do projeto.

A dor é uma experiência sensorial que contém também aspectos emocionais, cognitivos e interpessoais. Há uma integração profunda entre os processos corpóreos e psicológicos na produção da dor crônica. Melzack (1998) descreve como o estresse psicossocial está envolvido nestes processos. Relacionamentos tensos e conflituosos colocam em ação as típicas cascatas neuro-hormonais do estresse. Em resposta à traumatização psicológica repetida e a conflitos não resolvidos no dia a dia, o corpo pode vir a liberar substâncias que agridem os próprios tecidos. Um exemplo conhecido são as citocinas. Estas promovem a quebra de proteínas para liberar a glicose que o corpo necessita frente às exigências sistêmicas da resposta de estresse. Frequentes ataques desse tipo, durante anos, corroem os tecidos musculares e a mielina das cápsulas dos neurônios, levando assim a danos permanentes. Além disso, quando a resposta de estresse se torna crônica, a cascata fisiológica do estresse inibe a atividade imune, deixando os tecidos vulneráveis. A própria dor também causa estresse, que coloca em ação as mesmas cascatas, gerando assim um espiral de dor e estresse cada vez mais graves.

Essa interação entre fisiologia e sofrimento subjetivo mostra como pode ser enganosa a distinção entre dor com causas físicas e dor com causas subjetivas. Ao tratar pessoas com dor crônica, o psicólogo deve considerar o entrelaçamento intrínseco entre fatores psicológicos e processos corporais. Deslocando a dor que um paciente relata para o nível imaginário, dizendo que essa dor não é física, o clínico pode subestimar o quanto o sofrimento está inscrito no corpo físico. A dicotomia artificial entre dor de origem física e de origem emocional desqualifica a vivência real do paciente, atribuindo a dor dele a um distúrbio mental. Além disso, desconsidera a compreensão que construímos acerca dos processos de estresse e dor (Vandenberghe & Ferro, 2005; Ferro & Vandenberghe, 2010).

É justamente o entrelaçamento da emoção, da cognição e das dinâmicas interpessoais com os processos corpóreos que explicam o porquê de abordar variáveis psicológicas da dor crônica na clínica. A complexidade desse entrelaçamento se reflete no campo dos tratamentos psicológicos. Se a dor está intimamente relacionada às dimensões emocional, cognitiva e interpessoal, faz sentido que o tratamento psicológico possa agir por

cada uma dessas. De fato, chama atenção que os tratamentos psicológicos com apoio empírico são muito diversos nas suas fundamentações teóricas e técnicas. Nos parágrafos que seguem, apresentamos algo dessa diversidade. Certos tratamentos focam especificamente na emoção, outros na cognição, outros na interação com o ambiente e ainda outros na aceitação.

Existem tratamentos da dor que enfocam as respostas de medo relacionadas com a dor. Esses tratamentos usam técnicas de exposição ao vivo, pautados no paradigma pavloviano, para extinguir o medo da dor. Pode parecer contraintuitivo que a mera modificação de respostas emocionais possa eliminar um quadro de dor crônica. Para explicar esse efeito, Vlaeyen, Jong, Leeuw e Crombez (2004) se referem à existência de um círculo vicioso que é composto (1) pela vigilância excessiva da parte do paciente para detectar sinais que podem anteceder a dor, (2) as estratégias de esquiva disfuncionais para evitar as sensações ameaçadoras, (3) o aumento de estresse e da tensão corporal por causa desse comportamento apreensivo e (4) o aumento da sensação de dor, decorrente da tensão e do estresse, que, por sua vez, leva para mais apreensão e hipervigilância. A eliminação do medo interrompe esse círculo pelo fato de diminuir a vigilância excessiva, a tensão e a tendência de recorrer a estratégias de esquiva.

Os tratamentos cognitivo-comportamentais enfocam as distorções cognitivas e as crenças disfuncionais às quais atribuem um papel causal importante no problema. Tais tratamentos são muitas vezes estruturados na forma de programas psicoeducativos que ensinam estratégias de *coping* adequados. Além disso, lançam mão do amplo arsenal clínico das psicoterapias cognitivas, incluindo as diferentes estratégias de reestruturação cognitiva dos pensamentos automáticos, das suposições e regras acerca de situações concretas do cotidiano e das crenças centrais dos pacientes (Gatchel, Robinson & Stowell, 2006).

O trabalho de Fordyce (1976) aborda o aspecto interpessoal da dor e enfatiza as interações entre o paciente e seu mundo social. Muitas vezes, a comunidade verbal reforça comportamentos específicos que o autor chama de comportamentos de dor. Estes são, muitas vezes, comportamentos de esquiva. O paciente se queixa, isola-se, mostra-se irritável ou usa

expressões faciais ou posições corporais. Assim, é facilmente liberado de tarefas e de responsabilidades, ou evita esforços desagradáveis. Porém, essas estratégias de esquiva têm um custo. O paciente deixa de contribuir de forma significativa para com os outros e perde acesso a reforçadores positivos mais importantes.

Em certas circunstâncias, o comportamento de dor tem como função obter privilégios na família, ou de impor o que o paciente deseja. Dessa forma, a pessoa consegue mais atenção e cuidados. Mesmo assim, o comportamento de dor prejudica o paciente ao assumir posturas corporais rígidas, incluindo tensão muscular elevada, expressando o sofrimento e esquiva de atividades físicas. As posturas tensas e a falta de atividade física prejudicam a condição física do paciente. Tudo isso o deixa mais sensível à dor. As pessoas ao redor dele muitas vezes reforçam esses comportamentos, fazendo isso com a intenção de ajudar o paciente. O próprio paciente, muitas vezes, reforça essas respostas inadequadas do seu ambiente social, reagindo com uma diminuição temporária do comportamento da dor, quando é atendido.

O tratamento proposto por Fordyce (1976) consiste em desenvolver um novo contrato de convivência entre o paciente e as pessoas mais próximas dele. O analista do comportamento orienta estes a reforçarem comportamentos adaptativos do paciente, como fazer exercícios físicos e aprender a se comunicar de forma mais assertiva. Tais comportamentos adaptativos devem substituir os comportamentos de dor no repertório do paciente. O profissional pode treinar as pessoas em torno do paciente a deixar de reforçar o comportamento de dor. Elas podem aprender a reagir com reforçamento diferencial aos comportamentos alternativos adequados do paciente.

A proposta de tratamento de Dahl, Wilson, Luciano e Hayes (2005) enfatiza os efeitos prejudiciais da esquiva vivencial. Pessoas tentam evitar emoções e sensações aversivas da mesma forma que aprenderam a evitar eventos aversivos no mundo externo. Enquanto é possível fugir ou esquivar de situações desagradáveis, nossos eventos privados sempre estão presentes, não importam nossas escolhas. Tentar correr dos nossos próprios sentimentos e sensações permite que estes dominem nossa vida. O tratamento inicia-se com o

reconhecimento da dor e o abandono de tentativas improdutivas de controlá-lo. Promove-se a disposição de vivenciar os eventos plenamente como eles são. Ajuda-se o paciente a identificar seus valores pessoais mais profundos, auxiliando a direcionar seus esforços ao alcance de seus objetivos de vida e a realizar atividades repletas de sentido em vez de essa oferecer espaço indevido à dor.

Os quatro tratamentos que revisamos são muito diferentes. Frente a esta situação, é necessário esclarecer porque tratamentos psicológicos tão diversos podem ajudar. Faz-se necessário aprofundar questões acerca do que ocorre durante o tratamento, do ponto de vista dos pacientes. O objetivo deste trabalho é contribuir para a ampliação da abrangência dos modelos teóricos revisados, analisando o material que pacientes trazem para a sessão e as experiências que ocorrem quando trabalham suas experiências de sentir dor constantemente num contexto terapêutico.

Método

Participantes

Participaram da intervenção 15 pacientes de sexo feminino, portadoras da síndrome da dor crônica. Três grupos psicoterapêuticos foram formados. O Grupo I foi composto por cinco participantes (A, B, C, D e E) com idades entre 36 e 45 anos, o Grupo II por quatro participantes (F, G, H, e I) com idades entre 41 e 51 anos, e o Grupo III, por seis participantes (J, K, L, M, N e O) com idades entre 30 e 58 anos. A maioria das participantes recebeu o diagnóstico de fibromialgia. A participante G tinha o diagnóstico de osteoporose além de fibromialgia. A participante I sofria de dores persistentes depois de uma cirurgia na coluna. A participante E recebeu o diagnóstico de síndrome do carpo. A Sra. L sofre da Doença de Chagas acompanhado por dores crônicas no corpo. Todas já haviam passado por tratamentos médicos extensos com o intuito de controle da dor antes de serem encaminhadas.

Ambiente e materiais

As intervenções aconteceram numa sala equipada com cadeiras, almofadas e colchonetes na clínica escola de uma universidade no Centro-Oeste. Materiais informativos e psicoeducativos diversos foram usados. As participantes receberam textos

diversos, selecionados pelas terapeutas, tratando de dor crônica, fibromialgia, estresse pós-traumático e assertividade. Também foram entregues tarefas psicoeducativas escritas e exercícios comportamentais para serem realizadas em casa. As sessões foram registradas com um gravador de áudio (Mp4). Para a análise dos dados, foram usadas as transcrições das sessões e fichas pautadas que permitiam organizar os códigos criados durante a interpretação dos dados.

Procedimentos

Os dados para esta pesquisa foram obtidos no decorrer das sessões em grupo com mulheres portadoras de dor crônica. As sessões ocorreram no formato de atendimento em grupo e foram conduzidas por duas terapeutas. A primeira autora esteve presente como terapeuta em todos os grupos. Nos grupos I e II, houve uma segunda terapeuta fixa. No grupo III, além da primeira autora, houve rodízio de duas coterapeutas. Para ajudar no recrutamento, foram fixados cartazes informativos em hospitais e na universidade. Convites foram publicados no jornal local e no *flash* virtual no *site* da universidade. O diagnóstico médico de dor crônica foi um critério estabelecido para participação na pesquisa. A triagem das participantes foi feita por meio de entrevistas de anamnese, estabelecendo também gravidade do problema e motivação para participar do tratamento. Três grupos foram formados de acordo com a disponibilidade de horários das participantes.

Foram realizadas 12 sessões semanais, com duração de duas horas cada. O conteúdo de cada sessão continha um eixo temático, como, por exemplo: a psicofisiologia da dor, atividades prazerosas, assertividade, significado à dor, relacionamentos interpessoais, autocuidados e manejo. Iniciava-se com um momento psicoeducativo apresentado em diálogo entre terapeutas e participantes, seguido por um momento psicoterápico de acordo com as suas necessidades. As técnicas incluíam o ensino de habilidades sociais, como também de habilidades de manejo da dor e de exploração de emoções; discussão em grupo; tarefas com modelagem e modelação; trabalho direto com o que ocorreu no relacionamento terapêutico; trabalho com crenças, sentimentos e atitudes interpessoais; tarefas de casa visando à modificação de contingências interpessoais na

família, no trabalho e na relação com profissionais de saúde e tarefas para facilitar a generalização de novos aprendizados para o cotidiano.

O protocolo foi desenvolvido a partir de experiências prévias em grupos piloto (Oliveira & Vandenberghe, 2008). Nesses grupos piloto, ocorreu uma integração da abordagem psicoterápica/psicoeducativa (Gatchel et al., 2006), com os princípios da abordagem interpessoal (Fordyce, 1976), o enfrentamento do medo da dor (Vlaeyen et al., 2004) e a promoção da aceitação (Dahl et al., 2005).

Após a aplicação do protocolo de 12 sessões, foram realizadas duas sessões de *follow up*, a primeira, dois meses após o término do grupo, e a segunda, após cinco meses. O objetivo desse seguimento era de verificar a permanência dos ganhos terapêuticos e fazer um trabalho de prevenção de recaídas.

As duas terapeutas compartilhavam as tarefas, efetuando um rodízio dos papéis de terapeuta e coterapeuta. A terapeuta tinha um papel mais ativo em direcionar as atividades, enquanto a coterapeuta anotava sobre as interações durante as sessões e a atuação da terapeuta. O objetivo dessas anotações era de fornecer os pontos a serem discutidos durante as intervenções pela terapeuta e coterapeuta após as sessões. Ocorriam supervisões com o orientador de uma a duas vezes por semana.

Todas as sessões foram registradas com gravador de áudio e transcritas literalmente no formato de uma coluna que ocupava a metade da folha A4, deixando espaço para as análises, utilizando a metodologia *Grounded Theory* na sua modificação proposta por Charmaz (2006/2009). Esse é um método de análise indutiva, usado para construção de categorias, que possibilita desenvolver uma descrição teórica de certa realidade. O método é mais frequentemente usado para descrever como as pessoas vivem certa realidade e como lidam com os problemas presentes nela.

Foram transcritas 42 horas de sessões gravadas, acrescidas de anotações realizadas pelas terapeutas. O processo de codificação aberto e a construção das categorias ocorreram durante os encontros semanais (com interrupções durante recessos acadêmicos e férias) entre os autores no decorrer de um período de 22 meses. No primeiro momento, os pesquisadores anotaram, na margem direita das transcrições, conceitos que podiam resumir

aspectos de conteúdo relevantes para a intenção desta pesquisa. Definem-se esses conceitos como códigos abertos, porque foram escolhidos em função dos conteúdos encontrados nas transcrições e não retirados de um instrumento de análise existente. Para a codificação, foram utilizados intencionalmente conceitos não técnicos para poder evidenciar assuntos e acontecimentos da perspectiva do que ocorreu no grupo, e não, da perspectiva da aplicação do protocolo ou dos referenciais teóricos encontrados na literatura.

A partir da recorrência de conteúdos similares e relacionados, os códigos foram revisados, muitas vezes, resultando no agrupamento de vários códigos em outro mais abrangente. Depois de desenvolver um conjunto estável de códigos, estes foram examinados quanto às relações e aos contrastes entre eles para identificar famílias de códigos. Esse procedimento permitiu a emergência de categorias que resumissem o que essas famílias tinham em comum. As codificações e as categorias emergentes eram sistematicamente comparadas entre elas e com os dados dos quais emergiram, com o intuito de identificar diferenças e similaridades, possibilidades de juntar ou dividir categorias e entender eventuais relações entre eles. A partir dessas discussões foi elaborado um modelo com quatro grandes categorias ou dimensões que descrevem as experiências compartilhadas pelos pacientes nos três grupos. Estes constituem o resultado da pesquisa.

Resultados

As quatro categorias que resultaram deste trabalho foram chamadas (1) de convivência com a dor, (2) problemas do cotidiano, (3) relacionamento com as terapeutas e (4) processos ao vivo no grupo. Juntas, estas permitem descrever o que as participantes trouxeram e vivenciaram no grupo. Cada uma será explanada no decorrer do presente texto.

Ao organizar a descrição dessas categorias, sempre se recorria aos dados brutos. E durante esse trabalho, ficava cada vez mais claro o quanto os encontros foram emocionalmente carregados. A experiência das sessões de terapia era marcada pela intensidade da vivência da dor, dos problemas do cotidiano, do relacionamento com as terapeutas e das interações no grupo. Essa categoria central, denominada intensidade emocional, descreve o

ponto de convergência das quatro categorias, pois tanto o material do seu dia a dia trazido ao grupo pelas participantes quanto às ocorrências observadas durante as sessões foram vivências intensas. Trata-se tanto de vivências positivas, quanto negativas. A partir disso, procuramos relatar o que ocorreu nos grupos.

Convivência com a dor

O cotidiano das participantes era marcado pelo estresse intenso causado pela dor permanente e pelo círculo vicioso em que a dor e o estresse se influenciavam mutuamente. Elas relataram uma tendência de abandonar bons hábitos e autocuidados importantes, pelo fato de dedicarem-se inteiramente à dor. Interrompiam atividades prazerosas por causa da dor, ficavam desestabilizadas emocionalmente e intolerantes à frustração. Sua produtividade (quanto a tarefas domésticas, profissionais e outras), em geral, era baixa, o que prejudicava mais ainda a qualidade de vida. A dor levava a gastos com tratamentos. Em alguns casos, isso gerava também problemas financeiros e conseqüentemente mais estresse.

Ser identificada como portadora de dor crônica levava à perda de autonomia e à exposição ao assédio moral em diferentes contextos de sua vida, incluindo família, trabalho e até o contexto de atendimento médico. O assédio moral ocorreu na forma de acusações diretas e indiretas de impostura e denúncias injustas. Chamava à atenção como a própria condição de paciente portadora de dor crônica às vezes, afastava recursos de apoio social, deixando-a mais desamparada exatamente por necessitar de ajuda. Tratamentos problemáticos e dificuldades na obtenção de direitos por não ter uma doença mais objetivamente definida também interferiam visivelmente na qualidade de vida. Tratamentos problemáticos eram os que tornaram a pessoa mais debilitada ou prejudicaram a qualidade de vida por gerar efeitos colaterais, ou por não surtir o efeito esperado. Os direitos de difícil obtenção variavam da simples aceitação de uma licença médica ao acesso à medicação gratuita pelos programas do governo e o direito à aposentadoria. A dependência dos remédios e seus efeitos colaterais contribuía para o estigma. Algumas participantes sentiam que suas potencialidades profissionais e pessoais eram desqualificadas em diversas ocasiões,

como no relato da Sra. D.: “*Fiquei 4 anos e meio trabalhando e aguentando humilhações...*”.

A exclusão social se manifestava, por exemplo, na perda de apoio dos familiares nas críticas maldosas no trabalho e na família e por comentários que evidenciavam incompreensão. Este contexto propiciava que algumas participantes se sentissem isoladas. Encontravam dificuldades para conversar sobre o que ocorria com elas, tanto dentro da própria família, quanto com outras pessoas significativas para elas. Assim, muitas relatavam que a dor as desvalorizava socialmente e algumas vezes sentiam-se desqualificadas pelos próprios profissionais de saúde, nos quais tinham investido suas esperanças.

Frequentemente, o significado subjetivo da dor era claramente marcado por um passado que tipicamente incluía anos de sofrimento e perdas. Parecia um peso que a pessoa se obrigou a carregar, limitando as suas possibilidades atuais ao lidar com cada novo dia. Relatos de traumas de infância foram frequentes nos grupos, incluindo o abuso sexual e a rejeição pela família. As lentes pelas quais as participantes se enxergavam eram marcadas por histórias de sofrimento passado. Muitas vezes imaginavam que os outros as viam igualmente com o mesmo olhar.

As participantes atribuíam o desenvolvimento do seu quadro de dor crônica, muitas vezes, às exigências profissionais e ao sofrimento no seu passado. Porém, quando foi indagado, na sessão, com quais variáveis atuais as variações no nível da dor eram relacionadas, as participantes destacaram a relação com emoções, cansaço e irritabilidade, repouso prolongado, atividades físicas, afazeres domésticos, variações climáticas e o ciclo do dia. Todos aumentavam a dor. Essas observações feitas pelas participantes se mostraram assuntos produtivos para discussões nos grupos, amparando as mesmas na busca de melhores formas de lidar com a dor.

Problemas do cotidiano

O leque de fontes de estresse que foi trazido nos grupos era muito amplo. Alguns temas recorrentes incluía: tensões familiares, tensões no trabalho, excesso de preocupação com a família e tentativas rígidas de autocontrole. Frequentemente, as pacientes

acumulavam rotinas exaustivas e centralizavam responsabilidades que não precisariam ser assumidas por elas: “*Eu vou à casa da minha mãe, arrumo a casa e faço almoço pra ela, chego à minha casa, arrumo minha casa e faço meu almoço, [sempre sou eu que] tenho que ir com ela ao médico*”. (Sra. F). Várias participantes negligenciavam o autocuidado para poder cuidar de outras pessoas ou assuntos relativos a elas.

No início, as participantes não demonstraram possuir formas adequadas de enfrentamento. As maneiras delas de lidarem com as suas dificuldades geravam mais problemas no cotidiano. Exemplos de estratégias inadequadas de *manejo focado na emoção* usadas por elas incluía evitar contato social e procurar isolamento. Porém, desenvolveram também estratégias adequadas de *coping focado na emoção*. Alguns exemplos eram o envolvimento com novas pessoas e atividades, manejo por envolvimento com atividades religiosas, reavaliação dos problemas e aceitação emocional.

A Sra. B. relatou, referindo-se a uma situação em que ela poderia ter interagido com outras pessoas: “*As pessoas não entendem. Então eu sinto mal e vou ficando só dentro de casa, porque eu evito de sair. Não saio*”. Um exemplo de engajamento em trabalhos sociais como estratégia de manejo da dor foi relatado pela Sra. H.:

“Tem algo que me tira [a dor] da cabeça, me ajuda a esquecer a dor. Eu e uma amiga montamos algumas fantasias da Emília, nos vestimos e começamos a ir às escolas do bairro, a gente ia de manhã brincar com as crianças”.

A primeira participante esquivava de emoções negativas, procurando isolamento e dedicando-se inteiramente à dor. A segunda, procurava atividades interessantes, entrando em contato com situações positivas.

O desenvolvimento de estratégias focadas no problema incluía: cuidar melhor da saúde, em geral, procurar novas maneiras de lidar com conflitos interpessoais e com fontes de estresse diversos, como pagar dívidas e resolver problemas práticos que tinham sido negligenciadas por muito tempo. Percebia-se, no decorrer da terapia, uma retomada de atividades prazerosas, busca de melhores formas para lidar com os sinais físicos de estresse e prática de diversas atividades físicas.

Relacionamento com as terapeutas

Essa categoria emergiu dos códigos que descreveram momentos de interação entre as participantes e as terapeutas. Os códigos mostram tanto as atividades planejadas e estruturadas (como tarefas e exercícios), quanto os aspectos do estilo das terapeutas que influenciaram o processo do grupo. O trabalho psicoeducativo caracterizou-se por atividades como: orientar sobre a importância da realização de atividades físicas, sobre formas de manejo da dor e do estresse, incluindo estratégias de enfrentamento interpessoal e prevenção de recaídas. Essas tinham como efeito despertar a confiança das participantes nas terapeutas. Os relatos das tarefas de casa e de auto-observação aproximaram as participantes das terapeutas, emocionalmente, e ofereceram um estímulo para abrirem-se para as mesmas. O esclarecimento de dificuldades e dúvidas e a realização de ensaios de habilidades que seriam colocados em prática no cotidiano tiveram um efeito similar sobre o relacionamento com as terapeutas. Essas atividades estruturadas contribuíram para o maior envolvimento e participação do grupo. Durante atividades não estruturadas, o envolvimento era mais facilmente comprometido.

Ao analisar as transcrições, verificou-se que a atenção passou rapidamente dos sintomas para as variáveis que os influenciavam. As terapeutas dedicaram muito tempo e trabalho à promoção da aceitação emocional de perdas passadas, dificuldades e limitações. Do outro lado, muitas intervenções eram direcionadas a apoiar iniciativas espontâneas e provas de autonomia das participantes. Isto foi visível também quando as participantes não se mostraram colaborativas. As terapeutas valorizavam os posicionamentos das participantes, mesmo quando não concordavam com os conteúdos programados. Por outro lado, foi necessário que as terapeutas interrompessem frequentemente discursos demasiadamente detalhados e sem envolvimento emocional, bem como que incluíssem participantes marginalizadas nas discussões.

As terapeutas acataram as necessidades das participantes mesmo quando não se encaixavam no planejamento da sessão e se interessaram pelas dificuldades e dúvidas apresentadas por elas. Muitas vezes, ajudavam a contextualizar as falas das participantes e as

questionavam. Incentivavam as participantes a analisarem suas próprias histórias de vida e seu cotidiano atual. Valorizavam expressões de sentimentos e facilitavam a exposição de conteúdos pessoais. Davam frequentemente *feedbacks* ao grupo sobre o processo da terapia e mostravam às participantes as esquivas emocionais disfuncionais delas. Desta forma, compartilharam explicitamente a responsabilidade para o progresso do grupo com as participantes. As terapeutas explicitavam claramente o que observavam e analisavam o que ocorria. Compartilhavam seus sentimentos e pensamentos em relação às participantes e ao grupo. E esse compartilhar pelas terapeutas mostrou-se válido em ajudar a tornar a relação terapêutica mais intensa.

Processos ao vivo no grupo

Nas primeiras sessões, as participantes evidenciaram pouco autoconhecimento e não tinham uma visão clara de seus recursos psicológicos no enfrentamento de seus problemas. Algumas se interessavam mais pelas outras participantes do que pelas suas próprias possibilidades de crescimento no grupo e frequentemente interpretavam o comportamento da outra arbitrariamente. Falavam de forma muito detalhista e demonstravam-se perfeccionistas e inflexíveis.

Atitudes de confiança e abertura de algumas participantes em cada grupo tornaram o processo mais dinâmico e assim promoveram interesse e adesão às atividades. Algumas se sensibilizavam com as histórias das outras e se apoiavam mutuamente. Certas participantes tiveram que aprender a perceber e a aceitar o apoio oferecido pelas outras. Várias aprenderam no grupo, pela primeira vez, a relatar sentimentos e pensamentos, ou mais especificamente, a expressar emoções positivas. Percebeu-se a importância de conversas que ocorriam fora da sessão, ou antes, de se entrar no tema programado para o dia. Estas promoviam cumplicidade entre os membros. Sra. F: *“Tudo que eu aprendi aqui foi bom demais, mas o principal foi saber que eu existia...”*

A dinâmica do grupo proporcionou um espaço no qual as participantes relataram momentos positivos e negativos do seu cotidiano. Nas trocas de pontos de vista, elas comentavam sobre novas experiências e desenvolviam novas percepções sobre a

maneira como as pessoas as viam. Começaram a perceber que algumas pessoas se preocupavam com elas e identificavam quando necessitavam de ajuda. Logo depois, a mesma mudança também ocorreu nos seus relacionamentos fora do grupo. Como resultado disso, elas relataram o desenvolvimento de redes de apoio social no seu cotidiano.

Períodos não produtivos do grupo foram relacionados à falta de assiduidade das participantes e quando algumas participantes se esquivavam de falar de si, ou quando se identificavam com vivências intensamente negativas das outras e incentivavam narrativas muito pessimistas entre si. Algumas vezes, uma ou outra paciente se posicionou como muito carente, procurando evocar compaixão por meio de queixas. Ocorreu também competição quanto a quem sofria mais, como na insistência da Sra. A em dizer frequentemente.: “*Meu problema é um pouco maior.*”

Em outros momentos, participantes que até então se colocavam em segundo plano e negligenciavam suas próprias necessidades aprenderam com o grupo a dar abertura para serem cuidadas. A situação de estar no grupo e de precisar lidar com outras pessoas favoreceu tentativas de colaboração das pacientes que não tinham muito experiência em fazer atividades em conjunto. Assim, habilidades de enfrentamento, negociação e ajuda mútua emergiam gradualmente. Tomar iniciativa e tentar alcançar um objetivo junto com outras pessoas, também se contrapôs à tendência de focar em experiências do passado.

Em decorrência de tais aprendizados, ocorreram benefícios no cotidiano fora do grupo. Alguns relatos evidenciaram progresso na compreensão de problemas interpessoais. Participantes começaram a respeitar suas necessidades, reconhecer suas potencialidades e redirecionar sua visão para o futuro. Algumas participantes generalizaram as novas atitudes que aprenderam na interação entre elas, quase automaticamente para seus comportamentos no cotidiano. Em outros casos, algumas delas identificaram paralelos entre o que acontecia em seu ambiente social e no grupo. Tiraram suas conclusões sobre o que aprenderam no grupo e como podiam usar esses aprendizados para melhorar seus relacionamentos com outras pessoas.

Discussão

O aspecto evidenciado como mais importante é o fato de que o tratamento de pacientes com dor crônica deve contemplar a intensidade emocional envolvida nos problemas e no processo de mudança, dado que a dor faz parte de uma rede complexa de interações que tocam à própria dignidade do portador de dor crônica.

Muitos aspectos da vida se mostraram relevantes. Dificuldades interpessoais e déficits de habilidades de *coping* que subjazem o quadro de dor precisam ser trabalhados. A maneira pela qual algumas variáveis históricas continuam impactando a vida atual da paciente precisa ser revista e reconsiderada. Muitas vezes, o paciente necessita ressignificar toda uma história de perdas e de maus tratos, o que condiz com o modelo proposto por Melzack (1998) acerca da relação entre dor e estresse. Além disso, as circunstâncias da vida atual contêm muitos elementos sem os quais não é possível entender o quadro de dor.

A história de aprendizagem na família, inclusive as condições aversivas com as quais muitas participantes tiveram que lidar durante a juventude, moldou repertórios interpessoais problemáticos. Esses repertórios, por sua vez, contribuíram para estilos problemáticos de lidar com relacionamentos tanto na família, quanto em outros ambientes. Isso significa que a paciente precisa desenvolver novas maneiras de interagir com os outros. O abandono do comportamento de dor é aqui apenas um aspecto de uma reorientação interpessoal mais ampla. Reconhecemos nestes pontos a relevância da proposta de Fordyce (1976) acerca das contingências interpessoais.

No início do trabalho, as participantes se mostraram pouco habilidosas em lidar com a dor, com situações interpessoais aversivas dentro e fora do grupo. No decorrer do trabalho, mostraram ganhos importantes nessas áreas. Essas observações justificam a atenção dada não exclusivamente ao *coping* com a dor, mas às habilidades de enfrentamento em geral. Isso justifica o trabalho psicoeducativo característico da abordagem cognitivo-comportamental da dor crônica (Gatchel et al., 2006).

A promoção de aceitação de sentimentos e sensações corporais se incorporou quase espontaneamente no tratamento. Ao fazer um trabalho psicoeducativo e ao explorar

relacionamentos, histórias de vida e problemas atuais, uma atitude de aceitação era facilitada de maneira flexível. A aceitação ajuda a paciente a se comprometer com valores e objetivos que permitam superar a luta contra a dor (Dahl et al., 2005). Ao mesmo tempo, essa aceitação e disposição de enfrentar situações ameaçadoras promovem uma exposição natural ao estímulo aversivo. Assim, a extinção do medo da dor, apontado por Vlaeyen et al. (2004), como ponto central no tratamento da dor crônica, acontece espontaneamente. Além disso, expor-se a atividades ou situações interpessoais temidas onde poderia sentir mais dor permite à paciente entrar em contato com reforçadores que eram inalcançáveis quando priorizava estratégias de esquiva (Fordyce, 1976).

Finalmente, um monitoramento contínuo dos processos ao vivo no grupo é necessário para poder entender e ajudar a guiar o processo de mudança. O que não está previsto no protocolo não pode ser desconsiderado. O terapeuta não deve impor sua agenda ao grupo. A qualidade das interações entre terapeuta e pacientes e os intercâmbios espontâneos na sessão são dimensões importantes. Fazem parte de como o paciente vivencia a terapia. O terapeuta precisa facilitar as dinâmicas produtivas que se desenvolvem na interação livre entre os participantes e transformar as interações improdutivas em oportunidades de aprendizagem ao vivo.

Apesar de alguns tratamentos comportamentais e cognitivo-comportamentais já disporem de evidências empíricas quanto à sua eficácia, não são sempre bem compreendidos quanto à perspectiva da vivência do paciente em terapia. Faz-se necessário estudar o processo terapêutico com variados métodos de investigação de cunho qualitativo e quantitativo para permitir que se forme uma melhor compreensão do que ocorre durante a terapia e também para que se conheça o que contribui para o estabelecimento de um bom processo terapêutico. O presente trabalho, que segue os parâmetros da teoria fundamentada nos dados, é só um exemplo do que pode ser feito. Pesquisas futuras podem abordar o assunto, usando outros métodos, e contribuir com propostas de intervenção mais afinadas que poderão auxiliar o clínico a ajudar mais precisamente a população com dor crônica.

Referências

- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: Guia prática para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2006).
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain*. Reno: Context Press.
- Ferro, C. L. B., & Vandenberghe, L. (2010). A prática de Mindfulness na psicoterapia analítico-funcional em grupo para dor crônica. In Couto, S., & D. Pires. (Orgs.). *Os contornos da psicologia contemporânea* (pp. 73-87). Itatiba: Casa do psicólogo.
- Fordyce, W. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St.Louis: Mosby.
- Gatchel, R. J., Robinson, R. C., & Stowell, A. W. (2006). Psychotherapy with chronic pain patients. In J. E. Fischer, & W. T. O'Donohue (Orgs.). *Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy* (pp. 189-195). New York: Springer.
- Melzack, R. (1998). Pain and stress: clues toward understanding chronic pain. In M. Saborin, F. Craick, & M. Robet (Orgs.). *Advances in psychological sciences* (pp. 63-85) (Vol. II). Londres: Taylor and Francis.
- Oliveira, R. D. G., & Vandenberghe, L. (2008). Terapia de grupo para dor crônica. *I Congresso de psicologia de Goiás e Tocantins*. Goiânia, GO).
- Vandenberghe, L., & Ferro, C. L. B. (2005). Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7, 137-151.
- Vlaeyen, J. W. S., de Jong, J., Leeuw, M., & Crombez, G. (2004). Fear reduction in chronic pain: Graded exposure in vivo with behavioral experiments. In G. J. G. Asmundson, J. W. S. Vlaeyen, & G. Crombez (Orgs.). *Understanding and treating fear of pain* (pp. 313-345). Oxford: University Press.

*Enviado em Junho de 2010
Aceite em Outubro de 2010
Publicado em Dezembro de 2010*