

Síndrome da fadiga crônica: a perspectiva analítico-comportamental de um caso clínico

Regina Christina Wielenska

Hospital Universitário – USP – SP – Brasil

Roberto Alves Banaco

PUC-SP e Núcleo Paradigma de Análise do Comportamento – SP – Brasil

Resumo

A literatura acerca do tratamento da síndrome da fadiga crônica (SFC) recomenda a psicoeducação de pacientes e suas famílias como poderoso recurso para combater a discriminação de portadores e a piora dos sintomas como dor e fadiga. Terapias nas abordagens cognitiva e comportamental visam promover a atividade física regular de moderada intensidade, identificar e intervir sobre estressores psicológicos e aceitação da SFC como uma condição médica que propicia oportunidades para uma vida significativa e satisfatória. Será relatado e discutido o breve tratamento analítico-comportamental de uma mulher de trinta anos acometida por SFC. A discussão enfatizará o efeito diferencial de dois contextos de vida da paciente sobre a ocorrência de comportamentos respondentes e operantes relacionados à dor, recolhimento social e incapacitação ocupacional ou à ativação comportamental, interação social e bem-estar.

Palavras-chave: Síndrome da fadiga crônica, Terapia cognitivo-comportamental, Terapia analítico-comportamental, Psicoeducação.

Chronic fatigue syndrome: A behavior analytical perspective of a clinical report

Abstract

The literature about treatment of chronic fatigue syndrome (CFS) recommends psychoeducation of patients and their families as a powerful resource against discrimination of probands and worsening of symptoms as pain and fatigue. Cognitive and behavior therapies should be offered in order to help promoting regular physical activity of moderate intensity, identify and intervene upon psychological stressors and acceptance of CFS as a medical condition that allows opportunities for a significant and satisfactory life. It will be reported and discussed a brief behavior-analytic treatment of a 30-year-old woman living with CFS for five years. The discussion will emphasize the differential effect exerted upon respondent and operant behaviors related to pain, social withdrawal and occupational impairment or related to behavioral activation, social interaction and well-being.

Keywords: Chronic fatigue syndrome, Cognitive-behavior therapy, Behavior-analytic therapy, Psychoeducation.

Síndrome é uma palavra de origem grega e pode ser entendida como um conjunto de sintomas e sinais, cuja ocorrência simultânea indica ou caracteriza uma doença, transtorno mental ou outra condição de funcionamento anormal do organismo. A síndrome da Fadiga Crônica (SFC), há cerca de duas décadas, vem atraindo a atenção de médicos e psicólogos. Fukuda et al. (1994) definem a SFC como a

presença de fadiga intensa, pelo período de pelo menos seis meses, com prejuízo no funcionamento escolar, ocupacional, social e pessoal, sem causa médica conhecida, e que apresenta, simultaneamente, ao menos quatro dentre os sintomas abaixo citados:

- Prejuízo na memória de curto prazo e na concentração, a ponto de afetar aspectos do funcionamento global

- Dor de garganta
- Sensibilidade aumentada nos linfonodos cervicais ou na axila
- Dor muscular
- Dor em várias articulações, sem inchaço ou vermelhidão
- Um novo tipo, padrão ou intensidade de cefaleia
- Sono não reparador
- Mal-estar intenso e prolongado após exercício físico.

Para o paciente, a ausência de testes clínicos que, de modo inequívoco, diagnostiquem a síndrome (os exames disponíveis visam excluir outros diagnósticos) acarreta problemas de relacionamento pelo fato de ser desacreditado por aqueles com quem convive. Jason e Richman (2008) descreveram o estigma social que cerca os indivíduos diagnosticados com SFC. Para esses autores, a adoção de critérios diagnósticos estritos e claros, além da nomeação da SFC como encefalomielite ou encefalopatia miálgica seriam medidas que provavelmente ajudariam a reduzir o preconceito e evitariam diagnósticos falso-positivos. Buscar poderosos marcadores biológicos (favorecedores de diagnósticos mais precisos), alterar o nome da síndrome e redefinir seus critérios diagnósticos (de inclusão e exclusão) seriam, segundo os pesquisadores, medidas que reduziriam as distorções e comportamentos discriminatórios que prevalecem até hoje. Além da farmacoterapia, a terapia comportamental tem sido recomendada para tratamento da SFC e de outras dores crônicas.

Vandenberghe (2005) identificou quatro modalidades de terapia comportamental para tratamento de dores crônicas: a Terapia Comportamental Clássica, a Terapia Cognitiva Comportamental, a Análise Aplicada do Comportamento e a Análise Clínica do Comportamento. Segundo o autor, a Terapia Comportamental Clássica propõe estratégias de enfrentamento/exposição, e entende a dor crônica como:

uma reação do organismo quando é atingido. Tem tudo a ver com a maneira com que o organismo dá forma à sua relação com seu ambiente. No tratamento precisa-se lidar com a dor crônica como um ambiente que o paciente criou para si mesmo, numa tentativa de sarar, mas que acabou fechando num conjunto de

círculos viciosos em que a dor é mantida. (Vandenberghe, 2005, p. 49).

Na Terapia Cognitiva Comportamental, a segunda abordagem citada por Vandenberghe (2005), "através de exercícios, o paciente pode aprender a identificar emoções negativas relacionadas à dor e com os eventos estressantes e reconhecer seus pensamentos disfuncionais e vieses cognitivos que ocorrem nessas situações". Desse modo, o cliente sentir-se-ia melhor ao desafiar seus pensamentos e modificar o que sente. Por sua vez, a terceira abordagem, a Análise Aplicada do Comportamento, propõe que o controle operante do comportamento de dor seria exercido pelas consequências que seguem a emissão de uma resposta (sejam consequências naturalmente reforçadoras ou sociais; por exemplo, tomar medicação, franzir o rosto, falar sobre a dor, etc.). O tratamento consistiria:

na modificação de contingências relevantes com o objetivo de aumentar a frequência de comportamentos alternativos adaptativos. Novas contingências são construídas. O *comportamento de dor* não é mais reforçado e comportamentos adaptativos o são (Vandenberghe, 2005, p. 50-51).

A quarta abordagem comportamental seria a Análise Clínica do Comportamento, outro modelo operante. Nela, o terapeuta atua, no consultório, sobre os comportamentos emitidos na relação que se estabelece entre ele e o paciente, com ênfase nos comportamentos encobertos e no controle verbal. Busca-se transformar de modo extenso os contextos verbais que mantêm o comportamento-problema. Vandenberghe (2005) resume assim essa quarta modalidade de intervenção comportamental para tratamento da dor crônica:

A contribuição da Análise Clínica do Comportamento para a clínica da dor crônica está na valorização da subjetividade numa luz operante: não como algo que acontece com o indivíduo, mas algo que ele faz. Sentimentos são efeitos colaterais de contingências e não podem ser combatidos. A dor não é algo que tem que ser controlada para poder viver, mas um motivo para mudar algumas opções fundamentais na vida, de superar certas

limitações e de enfrentar de maneira criativa os desafios da interação com o seu universo. (Vandenberghe, 2005, p. 53)

As quatro abordagens destacadas por Vandenberghe (2005) representam um conjunto singular de pressupostos, cujas propostas de tratamento caracterizam pontos diferentes do contínuo entre o tratamento focado em metas de eliminação/controle da dor por meio da mudança de estados privados como o sentir e pensar, e o tratamento que enfatiza a exposição às contingências (aversivas ou não) e aprendizagem de novos repertórios, constituindo o pólo da aceitação/enfrentamento. No presente trabalho, pretende-se enfatizar uma análise operante influenciada pelos princípios norteadores das análises clínica e aplicada do comportamento. Assim, como se verá mais adiante, será discutido o efeito de diferentes contextos sociais sobre o comportamento de dor de uma paciente com SFC.

A literatura nem sempre estabelece distinções conceituais claras entre modalidades de terapias, e geralmente faz-se menção apenas ao que convencionou denominar como terapia comportamental-cognitiva (TCC). O Center for Disease Control (CDC, 2006) recomenda a TCC como um dos componentes da terapêutica da SFC. Segundo a instituição, o propósito da terapia comportamental-cognitiva seria o de ensinar aos pacientes estratégias para gerenciamento de suas atividades, estressores e sintomas. O objetivo maior seria a promover uma vida com qualidade, ainda que permeada por alguns sintomas. Segundo o CDC (2006), a terapia comportamental-cognitiva parece reduzir os sintomas e melhorar o funcionamento geral do indivíduo, embora as pesquisas avaliadas pela instituição apontem efeito limitado sobre dor e fadiga. A terapia auxiliaria uma reação mais positiva à SFC, permitindo lidar melhor com as eventuais limitações e descobrir as soluções possíveis para cada caso. Pelo fato de a exposição a estressores exacerbar sintomas, o CDC (2006) sugere o ensino de técnicas de manejo do estresse. Como intervenções mais frequentes, são mencionados o relaxamento respiratório e muscular, treino de autofalas (com função instrucional e de reassuramento) e o treino de resolução de problemas. Nessa proposta, a terapia deveria focar também (se preciso com auxílio de um fisioterapeuta ou outro

profissional especializado em reabilitação) no fortalecimento do comportamento de exercitar-se regularmente, porém sem que essa prática extenuasse o indivíduo e esgotasse sua capacidade de funcionamento nos dias subsequentes.

Como exercício de transposição da proposta do CDC, de cunho cognitivo-comportamental, para a abordagem analítico-comportamental, talvez possamos afirmar que a tarefa de pacientes e profissionais seria a de identificar relações funcionais entre tipo, duração e intensidade da atividade física e suas consequências de curto, médio e longo prazo. Assim, tornar-se-ia possível especificar o padrão mais benéfico de atividade física, com a menor probabilidade de efeitos adversos. Como já se afirmou, o aumento excessivo na atividade física pode agravar os sintomas da SFC e a inatividade, por sua vez, seria ainda mais nociva, por gerar um precário condicionamento físico. Qualquer indivíduo em má forma física, ao se exercitar, entra em contato com consequências como dor, fraqueza e fadiga, fenômenos que podem ser confundidos com os sintomas da SFC. O desafio é encontrar um ponto de equilíbrio e colocar o indivíduo sob controle dos reforçadores advindos da prática regular de atividade moderada. Deve-se, ao longo do processo, evidenciar ao portador os benefícios que efetivamente resultarem da ativação física, por exemplo, ganhos em força e condicionamento cardiovascular, integração social, sensação de bem-estar e autonomia. Para analisar as variáveis de controle do comportamento de esquiva dos pacientes, deve-se considerar que a retomada da atividade física intensa após longo período de inatividade geralmente resulta em um intenso mal-estar. Esta consequência terminaria por punir a resposta de exercitar-se (ou seja, ocorreria significativa redução de sua probabilidade futura) e fortaleceria esquivas. Ou seja, aumentaria a probabilidade de comportamentos de se isolar casa, sem praticar atividade física (sob controle dos sintomas da SFC e dos estímulos pré-aversivos a eles relacionados). Alguns portadores, com base nessa instável e aversiva história de vida, descrevem sua condição do seguinte modo: *“o jeito é ficar quieto, qualquer esforço é ainda pior”*. A inatividade, enquanto esquiva, resulta num estado precário de condicionamento físico, com incapacitação física, ocupacional e social e dores crescentes. Esse quadro configura um

conjunto de estímulos pré-aversivos, interpretados pelo paciente como sinais do risco aumentado de agravamento do quadro clínico, o que termina por justificar a inatividade como medida preventiva. A psicoeducação, a exposição gradual à atividade física branda e o reforçamento social seriam provavelmente estratégias do terapeuta para promover a dessensibilização aos estados corporais alterados, inerentes à retomada da prática do exercício físico (provavelmente haverá aceleração do ritmo cardíaco, sudorese, fadiga e alguma dor pós-exercício).

Bazelmans (2004) delineou uma análise análoga a essa, mas fundamentando seu trabalho na perspectiva cognitivo-comportamental. Ao contrário da presente análise funcional, para Bazelmans, primeiramente seria necessário levar o cliente a modificar a cognição de que “*exercitar-se é perigoso e deva ser evitado*”, enquanto que na perspectiva analítico-comportamental o foco incide na ativação comportamental e no contato com reforçadores antes inacessíveis. Segundo a autora, a terapia da SFC requer dos profissionais o reconhecimento de que esta é uma condição biologicamente determinada (como sugerem as evidências atuais), e também o estabelecimento de uma relação terapêutica fundamentada na validação total da experiência subjetiva do portador. Prins (2003) anteriormente afirmara um ponto de vista bastante similar acerca do mesmo aspecto: para o tratamento psicológico ser bem sucedido, é necessário que todas as queixas do cliente relacionadas à SFC ou a outros aspectos de sua vida sejam consideradas informações relevantes para se delinear e por em prática um plano de tratamento individualizado.

A dor e a incapacitação que decorrem da SFC são encontradas em quadros sintomatologicamente análogos como, por exemplo, a fibromialgia. A investigação de indivíduos afetados por dor crônica, mesmo que no contexto de condições clínicas distintas da SFC, pode trazer alguma compreensão sobre o tratamento dos pacientes. Nesta direção, são sugestivos os dados obtidos por LaChapelle, Lavoie e Boudreau (2008), que investigaram o relato de 45 mulheres diagnosticadas com artrite ou fibromialgia. Como tratamento, foi oferecida às pacientes uma modalidade de intervenção psicológica analítico-comportamental em grupo, baseada no modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso com a

Mudança (ACT), proposta por Hayes e colaboradores (a esse respeito, recomenda-se a leitura de Hayes et al., 1999; Dahl, Wilson, Luciano, & Hayes, 2005). O estudo identificou fatores favorecedores e impeditivos tanto da aceitação da dor e do sofrimento, como do engajamento em uma vida satisfatória. A maioria das participantes dos 11 grupos de ACT rejeitou a adoção do termo aceitação, embora concordassem que, para elas, a melhor solução foi reconhecerem que a dor que sentiam não era normal, que exigia diagnóstico e tratamento especializado. Para elas, foi também relevante assumirem a impossibilidade de cura e definirem um novo estado de “normalidade” para condução de seu cotidiano. Segundo o relato das participantes, essa modalidade de aceitação foi facilitada por meio do apoio social, psicoeducação (com participação de familiares e pessoas próximas significativas), e promoção do autocuidado. Identificou-se como fator impeditivo da aceitação a insistência em preservação da identidade nos moldes anteriores ao advento da dor crônica, além do impacto que o sofrimento físico impôs sobre os relacionamentos e o fato de algumas pessoas não validarem a vivência subjetiva da dor, sugerindo haver simulação de sintomas (no intuito de produzirem vantagens que talvez não fossem obtidas por outras vias).

Ainda no que se refere ao tratamento de indivíduos com manifestações de dor crônica análogas à da SFC, Vandenberghe e Ferro (2005) relataram uma modalidade de terapia de grupo baseada na FAP (Psicoterapia Analítica Funcional) para atendimento de pacientes com disfunção da articulação temporomandibular (ATM) e dor intensa. Identificou-se a pobreza de repertórios para lidar com situações de dor e pouca compreensão de eventos internos, além dos prejuízos derivados dos padrões de esquiva e fuga passiva frente a contextos aversivos. Nas palavras dos autores (Vandenberghe & Ferro, 2005), “as relações interpessoais eram dominadas por frequentes relatos de dor e por atitudes que levaram necessariamente à própria derrota, mas eram justificadas pela dor” (p. 143). Através da terapia, os participantes aprenderam a identificar e a relatar eventos privados diferentes da dor, detectar situações interpessoais que antecederiam intensificação da dor, criar estratégias para manejo dos eventos interpessoais e com acontecimentos privados relevantes.

Convém salientar que, na literatura sobre intervenção psicológica para distintas formas de dor crônica, há notáveis semelhanças entre os problemas apresentados pelos pacientes (presença de conflitos interpessoais, déficits de repertórios para enfrentamento de contextos aversivos e resolução de problemas) e os objetivos das intervenções (modelar repertórios incompatíveis com esquiva e fuga). Por exemplo, para a dor orofacial crônica, segundo Vandenberg, Cruz e Ferro (2003), o tratamento psicológico visaria:

prevenir tentativas de controlar a dor, que afastam o cliente do que é realmente importante na vida dele. A escolha dos temas interpessoais de cada participante buscaria romper com padrões de interação mais amplos que mantém o cliente preso na sua luta contra a dor. Ao invés de ensinar o paciente a controlar a sua dor com mais eficácia, o contexto comportamental da dor é transformado. (p. 39)

A semelhança persiste no caso da fibromialgia. Por exemplo, Martins e Vandenberg (2007) descrevem o atendimento de 18 pacientes cujas principais queixas relacionavam-se a conflitos familiares e interpessoais, problemas ocupacionais, de saúde na família, insatisfação com os profissionais da área da saúde, além de crenças e dúvidas em relação à doença. Como resultado da intervenção, obtiveram menor frequência do comportamento de dor, modificação de crenças e medos relacionados à doença, equipe médica e à vida, e os indivíduos aprenderam novas estratégias para resolução de problemas.

Análise de um episódio de dor e suas consequências: ferramentas para o terapeuta

Pelo que se viu até agora, a dor pode ser vista como um evento complexo, um tipo de interação entre organismo e ambiente: sinaliza a ação de um estímulo sobre algum órgão dotado de receptores sensíveis a algum estímulo aversivo. Dependendo da intensidade desse estímulo, respostas de afastamento da fonte estimuladora seriam reflexamente eliciadas, com a subsequente diminuição da estimulação aversiva. Desse ponto de vista, dor pode ser considerada como uma manifestação reflexa. A ação do estímulo doloroso pode ser

mecânica, química, elétrica ou térmica. Frente a todo o tipo de estimulação danosa para a sobrevivência, nossa espécie foi preparada para agir, eliminando-a, e nesse sentido, emitimos os comportamentos de dor. Como dissemos, há reflexos que têm a função, então, de eliminar ou atenuar o estímulo nocivo que provoca e dor.

Aprendemos, ainda, por meio da história individual de contato com estímulos aversivos, a emitir operantes, um segundo tipo de respostas, igualmente capazes de atenuar, adiar ou remover a dor e/ou os estímulos pré-aversivos condicionados. São respostas mantidas pelas consequências que produzem.

Quando afetado pela dor, o indivíduo acaba também sinalizando para sua comunidade este aspecto da sua experiência privada. Esta característica permitiu que a partir da expressão de dor (contrações faciais, direcionamento de mãos para o local da dor, movimentos bruscos de tentativas de afastamento da fonte de estimulação dolorosa, gemidos, etc.) o organismo pudesse ser acudido quando entra em contato com estímulos danosos.

Por esta razão, parte do aprendizado social se ocupa em identificar os estímulos pré-aversivos condicionados e as respostas que eles provocam, para que se tenha maior controle sobre o aparecimento e a atenuação ou eliminação da dor. Primeiramente, por observações públicas de eventos que produzem dores e nossas reações reflexas a eles, a comunidade verbal ensina o indivíduo a verbalizar sobre o fenômeno doloroso: responder perante os estímulos, identificar sua intensidade e mesmo a evitar que novos eventos possam causar a dor. Ocorre um aprendizado do que é e do que provoca a dor, e ainda, de como evitar, ou diminuir e até mesmo manter seus níveis. Este aprendizado social nos ensina a ficarmos sob controle desses estímulos. Mais do que isso, a comunidade verbal ensina a verbalizar que se está sentindo dor. Isso é especialmente importante para que a pessoa seja acudida mesmo quando os estímulos dolorosos não são evidentes aos que a cercam, é o caso daqueles estímulos gerados internamente, quando se passa por algum processo infeccioso, inflamatório ou mesmo alterações como cólicas intestinais, menstruais ou renais, por exemplo.

Em consequência desses dois fenômenos, o indivíduo aprende, então, a sinalizar para os

outros que sente dor, em geral por meio do comportamento verbal. Médicos buscam pistas sobre a localização da dor no corpo. Eles perguntam, recorrendo a metáforas, acerca do tipo de dor (é cortante, pulsante, fina, aguda, ou o que?), e ainda pedem informação sobre sua intensidade e duração. Desta feita, adquire-se a consciência da dor, interpretada como uma descrição verbal detalhada sobre várias dimensões do fenômeno. Esta descrição detalhada ajudará aos profissionais a identificarem o que não é possível identificar sem o relato verbal.

Por fim, o *falar sobre a dor* passa a ser um novo tipo de comportamento verbal adquirido, que pode ter (e em geral tem) um efeito dramático sobre nossa comunidade verbal: por conta de demonstrações de sensação de dor obtemos cuidados, atenção, agrados, somos isentos de tarefas que propiciariam mais dores e, em casos extremos, obtemos inclusive a absolvição por atos que possam ser justificados pela dor (“*ele foi rude porque estava com muita dor*”). Outra característica importante, então, é que falar sobre dor passa a ter uma função que não é a de apenas sinalizar para a comunidade verbal sobre estímulos nocivos que colocam nossa saúde e sobrevivência em risco. Falar sobre a dor passa a ser um importante meio de obtenção de atenção ou de atenuação de situações aversivas, mesmo se a dor não estiver na origem do relato.

Resumindo, quando um psicólogo se depara com o fenômeno dor, ele tem que, no mínimo, abarcar os aspectos elencados até este momento. A dor pode ser uma relação reflexa, pode ter que ser observada e descrita de maneira precisa para que os profissionais da saúde possam dar assistência ao cliente, e/ou ser uma solicitação de atenção ou de liberação de tarefas e condições aversivas.

Observações regulares do comportamento do cliente na sessão, associadas à análise de seus relatos, ajudam o profissional da psicologia a identificar as possíveis razões pelas quais a dor aparece no caso atendido. É necessário dispor de informações complementares sobre o que o cliente faz quando sente dor, quais são as condições em que a dor fica mais intensa ou constante, ou mesmo as consequências que o cliente obtém ao queixar-se da dor. Tais dados fornecem pistas importantes para que sejam reveladas as contingências ambientais parcialmente determinantes do fenômeno e sejam planejadas

e implantadas novas formas de condução do comportamento do cliente.

Com essa análise pretende-se resumir os princípios que nortearam a condução do caso clínico que será apresentado a seguir. Serão discutidas as seis sessões da terapia de uma cliente com SFC, a qual buscou ajuda por estar em dúvida quanto a viajar de férias ou permanecer em casa. Adicionalmente, serão discutidas as razões da interrupção precoce do tratamento, o que impediu a intervenção clínica sobre áreas de funcionamento da cliente que, na perspectiva da terapeuta, seriam tão ou mais clinicamente relevantes que a queixa inicial. A hipótese é de que problemas preexistentes de relacionamento familiar e social favoreceriam a manutenção dos comportamentos de dor da cliente relacionados à SFC. Como se verá a seguir, no convívio com a família, a emissão de operantes de fuga e esquiva da dor física e emocional tornava incompatível emitir outras respostas, mantidas por reforçadores como divertimento, validação e apoio social. Consequências positivamente reforçadoras, não disponíveis no convívio com a família, seriam prováveis eliciadoras de humor eufímico, o que afastaria a cliente de sua condição de intenso sofrimento.

Relato de caso

Para preservar o sigilo terapêutico, alguns dados foram omitidos ou ligeiramente modificados, incluindo o nome da cliente. Maria, 30 anos, sexo feminino, solteira e sem filhos, portadora de SFC há cinco anos, foi encaminhada pelo psiquiatra à primeira autora, para dar início à terapia analítico-comportamental. No histórico de Maria constavam algumas internações hospitalares e outros períodos de permanência ao leito, em casa, todos resultantes de complicações clínicas próprias da SFC. Estava também em terapia de orientação psicanalítica há alguns anos e escolheu manter em paralelo as duas intervenções psicológicas, decisão respeitada pelos profissionais envolvidos. Segundo ela, os principais prejuízos decorrentes da SFC se referiam à redução do rendimento cognitivo, o que afetava seus estudos e trabalho, e à dificuldade para manter relacionamentos sociais, por sentir-se fisicamente debilitada, sem condição de passear, fazer visitas, frequentar locais como bares, festas, etc.. Formada em administração e pós-graduada em

economia, queria prestar concurso para ingresso na carreira pública, afirmava que sempre sustentou esse ideal. Considerava que assim poderia contribuir para a sociedade de uma maneira que lhe trouxesse mais satisfação. No entanto, estava há algum tempo com dificuldades de memória e concentração, o que prejudicava seus estudos e o desempenho nos concursos de ingresso à carreira pública. Trancou matrícula no curso preparatório. Nas sessões, descrevia com amargor seu limitado desempenho intelectual presente, e o comparava com a facilidade com que, no passado, se concentrava nos estudos e memorizava o conteúdo das disciplinas. Havia, então, desistido de inscrever em novos concursos. Morava sozinha e mantinha-se com auxílio financeiro da família, acrescido por economias do tempo em que trabalhava regularmente e com recursos advindos de seus esparsos trabalhos recentes como consultora autônoma.

Quanto à vida social, vinha se isolando progressivamente mais do convívio com amigos. Frequentemente cancelava na última hora os compromissos que assumira com antecedência. A cliente referia que às vezes se sentia indisposta na hora de sair para o programa combinado, temia que no transcorrer da atividade viesse a passar mal, o que dificultaria tanto seu retorno imediato ao lar, quanto o recebimento de ajuda. Não queria chamar demais a atenção dos outros para sua saúde comprometida e para a necessidade de repouso. Relatava que os amigos a discriminavam, não entendiam seus motivos, e que as pessoas progressivamente deixaram de convidá-la para passeios e eventos. Perguntada a respeito, disse que seus amigos se mostravam céticos acerca da incapacitação por SFC e se mostravam pouco empáticos a seus relatos de sofrimento físico. Passou, então, a não assumir compromissos sociais e as recusas habituais acabaram por ampliar o isolamento. Respostas de fuga (ir embora mais cedo, parar o estudo no meio da leitura) tornaram-se esquivas (não marca compromissos, tranca matrícula no preparatório), resultando em maior isolamento e rejeição.

O relacionamento com os pais e irmão (mais novo do que ela) sempre foi tenso e pouco afetivo, problema grave e anterior ao advento da SFC. Sua única irmã era casada, com filhos, e se relacionava com todos de modo distante, embora sem conflitos aparentes.

O padrão de comunicação familiar era fortemente pautado em críticas, desqualificações e cobranças, em especial da parte do pai, e dirigidas à cliente. Quaisquer expressões de individualidade e discordância com a opinião paterna geralmente eram punidas verbalmente, com gritos e palavras desqualificadoras. Sentia-se não validada em seus atos e opiniões. Em sua família, havia distinção no modo como homens e mulheres eram ouvidos e respeitados. O irmão era valorizado por todos e assegurava para si mais direitos do que ela. A mãe era passiva, submissa e subserviente ao marido, mostrava-se frágil e pouco inclinada a proteger a filha das desqualificações e explosões paternas.

A família tinha passaporte da comunidade europeia e anualmente Maria tinha por hábito passar por volta de um mês e meio na Europa, quando alugava um flat numa estação de esqui próxima à cidade onde moravam alguns parentes. Nesse período, dedicava-se à prática de esportes de inverno (sob orientação de um instrutor, com o qual mantinha relação de recíproca estima), mantinha relações sazonais de amizade com os moradores e esportistas (frequentadores regulares do local). Este era um contexto no qual se sentia integrada e aceita pelo grupo, um quadro totalmente distinto do que vivia com a família e os amigos. Quando chegou para terapia, já em novembro, queria ajuda para decidir se iria para a Europa naquele ano. Temia não conseguir sequer sair do quarto em função da fadiga e dores. Estava desesperançada, sentia-se sem condição de praticar qualquer esporte, não via sentido na viagem, não queria ser rejeitada ou discriminada também por aquele grupo de pessoas.

Havia reservado um bilhete aéreo para voar dali a poucas semanas. Precisava decidir se emitia o bilhete, mesmo sem ter ainda certeza se iria viajar. O fato da reserva vencer em breve restringiu a possibilidade de coleta de dados e intervenções mais extensas. Cliente e terapeuta valeram-se, então, do princípio de que compensava comprar o bilhete aéreo para assegurar a oportunidade de viajar, mesmo sob risco de ser cobrada taxa adicional para mudança de voo. Discutindo esse dilema, ficou evidente para cliente e terapeuta que desistir da viagem e perder algum dinheiro seria menos aversivo do que perder a chance de estar na Europa por falta de assento no voo. Esta decisão sinalizou para a terapeuta, que

provavelmente a cliente, embora temerosa, estaria ainda inclinada a viajar, precisando provavelmente de algum incentivo e orientações, de forma a evitar que os excessos esportivos produzissem dor intensa e a afastassem dos esportes e do convívio com a turma de amigos na estação de esportes de inverno.

Nessas sessões iniciais, procedeu-se a uma análise de prós e contras da viagem. Para cada problema que a cliente ou terapeuta imaginassem que poderia ocorrer durante a estada na estação de esqui, terapeuta e cliente passaram a identificar possíveis soluções. Em paralelo, a terapeuta buscava identificar possíveis benefícios da viagem, como o afastamento temporário de um contexto de isolamento social e conflitos frequentes e o contato com um contexto que, no passado, se mostrou fortemente reforçador para respostas de ativação física e interação social. O objetivo da terapeuta era aumentar a chance da cliente experimentar a viagem como a oportunidade de ser aceita pelos seus pares e de praticar regularmente um nível leve ou moderado de atividade física, mesmo se precisasse lidar com alguns sintomas. Planejou-se como manter um nível seguro de atividade física, sem excessos, atrelado ao convívio diário com os frequentadores regulares do local (encontros nos restaurantes e bares locais), com os quais parecia ter mais afinidade e nenhuma história de punição. Com esse grupo de pessoas, a SFC seria, então, uma parte real de sua condição presente, mas não a característica definidora de sua identidade.

Embora o relato da cliente ateste ter sido alcançado sucesso no delineamento do plano de ação para a estada na Europa, a cliente rejeitou qualquer tentativa da terapeuta de abordar os problemas de comunicação com a família e os amigos no Brasil. Não foi possível bloquear as esquivas emitidas na sessão e ajudá-la a entrar em contato com as emoções eliciadas por esse assunto, em função da aproximação da data de partida.

A cliente acabou viajando, e, seis meses depois, marcou consulta de retorno. Nesta ocasião relatou o sucesso da experiência de vida na Europa. Praticou esporte, teve sintomas que foram contornados com algum descanso e medicação, esteve regularmente com os amigos locais e se divertiu. Avaliou sua experiência como muito positiva e relatou surpresa com os resultados. Ao retornar, no entanto, sentia-se

mal novamente. Aqui, ativação física não resultava em bem-estar, prazer, aceitação e validação interpessoal. Por outro lado, ficar sob controle dos sintomas abriu espaço para maior isolamento e fuga da dor física e psíquica e justificava o comportamento de isolamento social e desistência do estudo e de concursos em função dos prejuízos de memória e concentração (prestar a prova e ser reprovada talvez lhe fosse mais aversivo do que não tentar). Uma hipótese que a terapeuta elaborou, sem chance de discutir sistematicamente esta linha de raciocínio com a cliente, era que no contexto familiar os sintomas da SFC tornavam-se mais intensos e incapacitantes, o que provavelmente ocorreu sob controle de seus efeitos adicionais da intensa e frequente aversividade gerada pelo contato com família e amigos. Junto a eles, seu desempenho era apreciado ou desprezado conforme demonstrasse competência para ser aprovada em concursos, obedecesse aos pais e concordasse com eles, participasse ativamente de todos os eventos com os amigos, etc.. Na Europa, em contexto de férias, as cobranças eram pequenas, para ser aceita e bem tratada bastava estar presente na hora e lugar certos (no pub ou na pista, por exemplo), se desempenhar dentro dos limites que lhe parecessem razoáveis, e ser cordial e aberta com as pessoas. Em suma, foram identificadas duas condições distintas de estimulação operando sobre Maria e elas produziram resultados em direções opostas. No contexto “família”, eram negativamente reforçados comportamentos verbais e não verbais mantenedores dos sintomas da SFC, enquanto que no contexto “estação de esqui” havia o fortalecimento de ações favoráveis ao viver saudavelmente, sob o ponto de vista biológico e sociocultural. Na estação de esqui havia reforçamento social generalizado para respostas de baixo custo, relacionadas ao esporte e convívio social, sem competição e críticas. Na família, praticamente não se valorizava qualquer atributo ou habilidade da cliente, as relações eram coercitivas. Com os amigos e colegas, não havia reconhecimento das possíveis limitações decorrentes da dor, fadiga e outros sintomas. Estudar para concurso exige concentração e a concorrência é enorme; a recompensa esperada, a contratação no serviço público, é reservada a poucos. Os colegas de faculdade seguiram carreiras corporativas ou atuavam como autônomos, a maioria encontrou o sucesso,

ainda inacessível a Maria. Esse foi o contexto cotidiano gerador de esquivas do sofrimento emocional eliciado pelos problemas interpessoais, fortalecendo comportamentos relacionados à SFC.

A terapeuta demonstrou claramente sua alegria com o relato dos resultados alcançados por Maria durante a viagem e se preocupou em saber como estava sua condição presente. Ao saber da recidiva dos sintomas físicos e comportamentais, explicou à cliente que seria importante identificar os prováveis estressores, e procurar desenvolver um plano de ação para cada um deles. A ideia seria construir com a cliente uma análise dos efeitos distintos dos dois contextos sobre seus comportamentos públicos e privados. Talvez, sob o prisma da cliente, a extensão, complexidade ou suposta inviabilidade dessa tarefa tenha se mostrado intoleravelmente aversiva. A cliente emitiu a resposta mais prevalente em seu repertório, afastando-se da terapia, a despeito da expressão de genuína apreciação da terapeuta frente aos resultados alcançados na Europa e da sinalização de novas perspectivas. Sugere-se que fracionar para a cliente a apresentação das etapas subsequentes da terapia tivesse sido uma estratégia clínica mais adequada, face sua aversividade potencialmente menor. Adicionalmente, seria interessante avaliar se a sugestão de novas metas para a terapia (trabalhar as dificuldades de relacionamento com família, os problemas de rendimento acadêmico, etc.), sugeridas pela terapeuta à cliente, não teria sido um estímulo aversivo pertencente à mesma classe de estímulos que poderíamos nomear como “tudo que as pessoas esperam que eu seja capaz de fazer, a despeito da minha vontade ou condição”. Neste caso, uma ação terapêutica menos incisiva e não diretiva teria maior chance de manter a cliente em tratamento.

Estas hipóteses acerca das variáveis de controle do comportamento da cliente por diferentes contextos sugerem caminhos para investigações futuras acerca dos determinantes de problemas interpessoais em pacientes de SFC e das possibilidades de intervenções comportamentais para tratamento das esquivas e outros problemas decorrentes da síndrome. A meta final será sempre a busca de maior qualidade de vida, a despeito da eventual vigência de sintomas da SFC.

Referências

- Bazelmans, E. (2004). *Chronic fatigue syndrome: from prevalence and perpetuating factors to cognitive behavior therapy*. Wageningen, NL: Ponsen & Looyen. Recuperado em 24 de maio de 2010, de http://dare.uhn.kun.nl/bitstream/2066/59167/1/59167_chrofasy.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC (2006). *CFS Toolkit for Health Care Professionals: Cognitive Behavioral Therapy*. Recuperado em 24 de maio de 2010, de http://www.cdc.gov/cfs/pdf/Cognitive_Behavioral_Therapy.pdf
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C., & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context.
- Fukuda, K., Straus, S. E., Hickie, I., Sharpe, M. C., Donnibbs, J. G., & Komaroff, A. (1994). The chronic fatigue syndrome: A comprehensive approach to its definition and study. *Annals of Internal Medicine*, 121, 953-959. Recuperado em 09 de agosto de 2010, de <http://www.annals.org/content/121/12/953.full>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., et al. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49, 33-47.
- Jason, L. A., & Richman, J. A. (2008). How Science Can Stigmatize: The Case of Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 14(4), 85-103.
- LaChapelle, D. L., Lavoie, S., & Boudreau, A. (2008). *Pain Research and Management*, 13(3), 201-210. Recuperado em 24 de maio de 2010, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671308/>
- Martins, M. A., & Vandenberghe, L. (2007). Intervenção psicológica em portadores de fibromialgia. *Revista Dor* 8(4), 1103-1122

- Prins, J. (2003). *Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome*. Wageningen, NL: Ponsen & Looijen. Recuperado em 24 de maio de 2010, de http://dare.uhn.kun.nl/dspace/bitstream/2066/19294/1/19294_cognbethf.pdf
- Vandenberghe, L. (2005). Abordagens comportamentais para a dor crônica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1). Recuperado em 29 de agosto de 2010, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722005000100007&lng=en&nrm=iso
- 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(1), 137-151.
- Vandenberghe, L., Cruz, A. C. F., & Ferro, C. L. B. (2003). Terapia de grupo para pacientes com dor crônica orofacial. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 5(1), 31-40.

Enviado em Junho de 2010

Aceite em Outubro de 2010

Publicado em Dezembro de 2010