

IV SEMINÁRIO DE PRÁTICA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA

ISSN: 2317-0018

Universidade Estadual de Maringá

12, 13 e 14 de Novembro de 2014

ANÁLISE FUNCIONAL DOS COMPORTAMENTOS DE DOR DE INDIVÍDUOS DIAGNOSTICADOS COM FIBROMIALGIA

Bruna de Souza (PIBIC-CNPq-FA/UEM, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Carolina Laurenti (Laboratório de Filosofia e Metodologia da Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil); Carlos Eduardo Lopes (Laboratório de Filosofia e Metodologia da Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, Brasil).

contato: brunasouzza1994@gmail.com

Palavras-chave: Fibromialgia. Perspectiva molar. Análise do Comportamento.

A fibromialgia (FM) é uma síndrome reumatológica, caracterizada principalmente por dor musculoesquelética crônica difusa pelo corpo (HELFENSTEIN JÚNIOR;GOLDENFUM; SIENA, 2012). Essa síndrome constitui-se como uma problemática de investigação, visto que não apresenta uma etiologia conhecida, ou seja, um substrato orgânico causador explicativo das dores e do quadro sintomatológico associado (cefaleia crônica, falha de memória, dificuldades de concentração, parestesias, palpitação, sensação de aumento do volume articular, tontura, vertigens, distúrbios do sono, rigidez matinal, fadiga, ansiedade e depressão - idem, 2012). Com essa configuração, a Análise do Comportamento, uma ciência psicológica embasada pelo Behaviorismo Radical, tem se debruçado no estudo dessa temática, buscando alçar uma análise contextual da FM, já que prima pela investigação das situações antecedentes e consequentes das ações. Com isso, proporciona uma interpretação das contingências relacionadas ao perfil psicológico de indivíduos diagnosticados com fibromialgia, definidos na literatura psicológica como deprimidos, ansiosos, perfeccionistas, exibindo dificuldades nas relações interpessoais e na adaptabilidade às mudanças (SILVA, 2007).

Contudo, há poucos estudos nacionais sobre a FM com base na ótica analítico-comportamental, destacando-se os trabalhos de Reis e Rabelo (2010), Martins e Vandenbergue (2007) e Queiroz (2009). Esses trabalhos fazem menção, principalmente, a contingências aversivas e punitivas relacionadas a comportamentos (como esquiva emocional, emoções negativas, fuga e esquiva) que contribuem para a manutenção da dor na FM. No entanto, esta pesquisa, norteando-se por uma abordagem molar de investigação do comportamento, entende que a dor é uma classe comportamental e, por isso, as ações, circunscritas no contexto da FM, são a própria dor. Por esses termos, “para um behaviorista molar a dor extrema não é uma sensação imediata (sentida profundamente), mas um padrão de comportamento de longa duração, amplamente desempenhado” (RACHLIN, 2010, p. 441).

IV SEMINÁRIO DE PRÁTICA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA

ISSN: 2317-0018

Universidade Estadual de Maringá

12, 13 e 14 de Novembro de 2014

Assim, a dor não é uma sensação expressa em ações públicas como chorar, reclamar, fazer “cara feia”; tais ações e os sentimentos que as acompanham fazem parte da classe comportamental de dor.

Considerando esses aspectos, o principal objetivo desta pesquisa foi caracterizar as contingências relacionadas aos comportamentos de indivíduos diagnosticados com FM, com foco na classe comportamental de dor. Para tanto, participaram desta pesquisa, de natureza empírica e exploratória, cinco mulheres diagnosticadas com FM, na faixa etária de 30 a 56 anos, que frequentavam periodicamente o ambulatório de reumatologia do Hospital Universitário Regional de Maringá, local onde ocorreu a realização deste estudo. Para a obtenção das informações, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, explorando a caracterização da FM, comportamentos de dor e as contingências relacionadas. Tais informações, extraídas dos relatos das participantes, foram sistematizadas em temáticas, sendo posteriormente interpretadas à luz de uma ótica analítico-comportamental molar.

Os resultados sugerem que as informações, provenientes das entrevistas, indicaram consonância com os estudos quanto ao arranjo sintomático e à faixa etária. Dentre as cinco participantes, todas relataram dor crônica e distúrbios do sono; 80% desânimo; 60% fadiga, parestesia e perda da força e do movimento durante as crises; 40% ansiedade e cefaleia; e 20% mencionou rigidez matinal, falha de memória, dificuldade de concentração. Dentre esses sintomas, a perda da força e do movimento não foram encontrados na literatura consultada. Além disso, não houve relatos de palpitação, tontura e vertigem. Já em relação à faixa etária, a média de idade foi de 48,4 anos, correspondendo à média entre 40 e 50 anos indicadas na bibliografia (HELFENSTEIN JÚNIOR; GOLDENFUM; SIENA, 2012). No entanto, os tratamentos complementares sugeridos na bibliografia, como atividade física aeróbica, tratamentos psicológicos e acupuntura (BRAZ et al., 2011) não apresentaram a mesma correspondência: somente o tratamento medicamentoso e atividade física aeróbica fizeram parte dos tratamentos prescritos. Entre os medicamentos, apenas quatro foram consonantes com a literatura da área, a saber: prebictal, tramal, fluoxetina e amitriptilina.

Além desses resultados, as cinco participantes entrevistadas apresentaram baixa autoestima, dificuldades para o autoconhecimento (achando sempre poderem melhorar seus desempenhos), relataram que reprovam o cometimento de erros e que são extremamente responsáveis. Essas características compõem um padrão comportamental perfeccionista, que sob uma perspectiva analítico-comportamental, é instalado e mantido por contingências

IV SEMINÁRIO DE PRÁTICA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA

ISSN: 2317-0018

Universidade Estadual de Maringá

12, 13 e 14 de Novembro de 2014

aversivas. A análise desse padrão sugere que “o entrelaçamento das contingências que geram baixa autoestima e contingências que demandam extrema responsabilidade pode explicar a instalação e a manutenção desse padrão comportamental” (GUAZI; LAURENTI, 2012).

Nessa direção, a autoestima é originada por contingências de reforçamento positivo social relacionado à pessoa, e não especificamente aos comportamentos que ela emite. Esse reconhecimento, desatrelado ao cumprimento de uma tarefa, desenvolve o autorreconhecimento do indivíduo, não demandando dos seus pares uma relação de dependência (GUILHARDI, 2002). Por outro lado, na gênese do padrão perfeccionista nota-se que o reconhecimento é direcionado ao comportamento da pessoa, e não a ela. Diferentemente, quando essa pessoa erra, a punição não é apresentada ao comportamento, mas para quem o emitiu. Com isso, temos um contexto que não constrói o sentimento de autoestima, mas um padrão de comportamento, em que fazer as tarefas com esmero e perfeição são mantidos por evitar erros, pois só assim é que o indivíduo considerado perfeccionista é aceito, reconhecido e amado (GUAZI; LAURENTI, 2012).

O sentimento de responsabilidade, por sua vez, é construído predominantemente por contingências coercitivas (punição e reforçamento negativo) de cunho social, as mesmas que possivelmente não instalaram o sentimento de autoestima (GUILHARDI, 2002). Nesse contexto, o sentimento de responsabilidade é instalado quando um comportamento evita estímulos aversivos (como ameaças: “se não limpar essa casa direito, lhe acontecerá...”). Com isso, Guazi e Laurenti (2012) indicam que tais contingências coercitivas estiveram presentes no histórico de vida de indivíduos denominados de perfeccionistas, demandando deles responsabilidade extrema em um período precoce de suas vidas, “seja pela natureza do compromisso que tinha que assumir, seja pelo grau de exigência envolvido na execução tarefa” (p. 4). Portanto, as autoras acrescentam que a gênese desse padrão responsável se deve “à ausência de uma audiência significativa que intercedesse por ela frente à coerção, e à falta de uma comunidade verbal alternativa que tornasse possível a discriminação dos excessos de coerção” (GUAZI; LAURENTI, 2012).

Ainda, as participantes apresentaram, como forma de resolver os problemas ou executar tarefas, o controle do ambiente, ou seja, tudo precisa ser feito do modo como acham conveniente, alegando, no limite, que somente elas são boas para realizar uma atividade. Esse padrão comportamental controlador é governado por regras, posto que segui-las evitam erros e, com isso, consequências aversivas, como crítica social. Ademais, chega um ponto em que

IV SEMINÁRIO DE PRÁTICA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA

ISSN: 2317-0018

Universidade Estadual de Maringá

12, 13 e 14 de Novembro de 2014

autorregras passam a controlar o comportamento, ou seja, regras direcionadas a si mesmo são elaboradas, aumentando a probabilidade de acerto (GUAZI; LAURENTI, 2012).

Ademais, as entrevistadas relataram comportamentos de fuga e esquiva, como deixar de fazer as tarefas e de sair de casa, ficar quieta em um canto e isolar-se. Tais comportamentos estão circunscritos a situações de incontrolabilidade e, nesses contextos, o padrão perfeccionista e controlador, mediante mudanças contextuais e limitação corporal (elementos que as participantes não detêm o controle), não produzem mais as consequências que outrora produziam. Com isso, na situação discriminativa de ter que realizar tarefas (limpeza da casa, resolver problemas familiares e trabalhar) as ações de executá-las com esmero, seguindo as regras para isso, passam a ser substituídas por fuga e esquiva. Esses comportamentos evitam a realização de tarefa mal feita (visto que elas nem são iniciadas); promovem a atenção e preocupação dos familiares; evitam a incompreensão dos pares (já que o reclamar não é acompanhado por fazer a atividade, mas por deixar de fazê-la); e, ainda, ocasionam a consequência aversiva de ficar mais sob controle do corpo. Desse modo, há uma predominância de reforçadores negativos, e carência de positivos, o que acarreta no desânimo relatado por três das participantes.

Com esses resultados e discussões, este estudo apresenta contribuições teórico-práticas no estudo e manejo da FM. Teoricamente, complementa os estudos psicológicos sobre o assunto, alçando uma interpretação contextual da FM e uma definição analítico comportamental da dor-crônica: uma classe comportamental que envolve respostas eliciadas (alterações fisiológicas como mobilização biológica à resposta de estresse e resposta nociceptiva) e comportamentos operantes (reclamar, deixar de ir ao trabalho, deixar de sair de casa, isolar-se, chorar), tendo como antecedentes situações de incontrolabilidade e de limitação corporal e como eventos consequentes atenção social; evitar reprovação social, dúvida dos pares quanto à realidade das dores, e realização mal feita de tarefas.

Ademais, esta pesquisa, pela indicação dos padrões comportamentais dos indivíduos diagnosticados com FM, pode contribuir como subsídio teórico para a formulação de técnicas e tratamentos psicoterápicos comportamentais que venham a trabalhar a autoestima; comportamentos rígidos frente à presença de mudanças; fuga e esquiva que impedem possíveis processos de reforçamento positivo. No âmbito médico, considerar tais padrões comportamentais auxilia no estabelecimento de uma relação médico-paciente mais efetiva, na medida em que ponderar esses elementos no manejo de informações (devolutiva do

IV SEMINÁRIO DE PRÁTICA DE PESQUISA EM PSICOLOGIA

ISSN: 2317-0018

Universidade Estadual de Maringá

12, 13 e 14 de Novembro de 2014

diagnóstico, informações sobre a FM, planejamento de atividades físicas moderadas) pode criar condições para a aceitação da síndrome. Por conseguinte, esse planejamento pode reverberar no engajamento dos pacientes em hábitos e modificações que fomentem qualidade de vida e isso, no limite, significa uma aceitação sem resignação.

Referências

BRAZ, A. S., et al. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 269-282, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n3/v51n3a08.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

GUAZI, T. S.; LAURENTI, C. Perfeccionismo à luz da tríplice contingência: esboço de uma análise. Anais do **II Seminário de Prática de Pesquisa em Psicologia**, Maringá, 2012.

GUILHARDI, H. J. Auto-estima, autoconfiança e responsabilidade. In: BRANDÃO. M. Z. S.; CONTE, F. C. S.; MEZZAROBBA, S. M. B. (Orgs.). **Comportamento Humano: tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor**. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2002. Disponível em: www.terapiaporcontingencias.com.br.

HELFFENSTEIN JÚNIOR, M.; GOLDENFUM, M. A.; SIENA, C. A. F. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 358-365, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n3/v58n3a18.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2013.

MARTINS, M. A.; VANDENBERGHE, L. Intervenção psicológica em portadores de fibromialgia. **Revista Dor**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 1103-1112, Out./Nov./Dez. 2007. Disponível em:

<http://www.dor.org.br/revistador/Dor/2007/volume_8/n%C3%BAmero_4/pdf/Pag_1103_1112_vol_08_n_04.pdf> Acesso em: 28 ago. 2013.

QUEIROZ, M. A. M. Seleção de alvos. In: _____. **Psicoterapia comportamental e fibromialgia: alvos para intervenção psicológica**. Santo André: ESETec, 2009. cap. 4, p. 49-91.

RACHLIN, H. Dor e comportamento. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 429-447, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a17.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

REIS, M. D.; RABELO, L. Z. Fibromialgia e estresse: explorando relações. **Temas em Psicologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 399-414, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a14.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2013.

SILVA, S. N. Características psicológicas presentes em mulheres portadoras de fibromialgia. **Revista Educação**, Guarulhos, v. 2, n. 1, p. 55-63. 2007. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/viewArticle/54>> Acesso em: 28 ago. 2013.