

Uma Perspectiva do Manejo da Dor relacionada ao Trauma

Sônia Gomes

Diante de dano ou lesão aos tecidos, sentimos dor. Sendo esta dor de intensidade variável e curta duração, estamos diante de uma dor aguda. A dor aguda pode ser solucionada pela simples ingestão de um analgésico.

A grande dificuldade está no tratamento da dor crônica. Ela persiste por muito tempo diferente da dor aguda. A informação que vai para o cérebro segue por neurônios mais finos e isto faz com que a informação chegue mais lenta ao cérebro. Além disso, percorre caminhos distintos envolvendo mecanismos e elementos químicos diferentes daqueles da dor aguda (Melzack). Os mecanismos de controle da dor são muito complexos e podem modular a resposta dolorosa, ora intensificando a sensação, ora tornando a dor mais amena.

A incidência de dor no mundo já atinge quatro em cada dez pessoas, e cinquenta por cento delas apresentam comprometimento de suas tarefas diárias, afetando significativamente sua qualidade de vida. Yeng, (2006) postula que a dor é a principal causa da incapacidade física e funcional. Menos de cinquenta por cento de doentes afastados devido a quadros álgicos retornam ao trabalho após 6 meses de licença e após dois anos de afastamento, praticamente nenhum retorna as suas atividades laborativas.

MANEJO DA DOR RELACIONADA AO TRAUMA

Teixeira (2005) afirma que a dor crônica não responde a analgésicos convencionais e que é representada principalmente pelas algias vertebrais crônicas como cefaléia, tendinites, síndrome fibromiálgica, síndromes dolorosas miofasciais, neuropatias, síndrome complexa de dor regional (distrofia simpático-reflexa), artrite, lesões por esforços repetitivos e câncer.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a boa saúde e qualidade de vida do indivíduo está condicionada a ausência da dor crônica (Morgulis, 2006).

Mas continua obscura a sua natureza como entidade específica.

A multidimensionalidade foi trazida pela neurofisiologia moderna e é muito comum no campo da dor. Ela permite um diálogo com as práticas não convencionais pois a dor crônica é uma entidade muito complexa e escapa dos paradigmas médicos. Portanto, impõe-se a esse campo de estudos a escuta do subjetivo, do psicogênico, e também abrir-se para novos saberes.

É nesta linha de pensamento, que venho trazer esta nova prática (SE- Somatic Experiencing® 1* para ser incluída no escopo dos profissionais que trabalham com a dor crônica e com diferentes síndromes.

Como psicóloga clínica desde 1978, terapeuta corporal pelo método Rolfing, praticante e professora internacional de Experiência Somática pela Foundation for Human Enrichment, como participante de grupos de dor em hospitais públicos e conferencista, venho acumulando experiência no campo da dor utilizando tais práticas não convencionais.

A maioria de nós já viveu algum tipo de situação traumática. Nascimento, sofrimento fetal, acidente de carro, queda, cirurgia, doença, relacionamento perturbado e neurótico, assalto, seqüestro, desastre natural, perda súbita, divórcio entre outras tantas experiências avassaladoras. As possibilidades de sofrer traumas físicos e psíquicos ampliaram-se com a vida moderna.

Tantas são as emoções e sentimentos que as pessoas experimentam!

* Somatic Experiencing ou Experiência Somática, é uma abordagem naturalista para a resolução das reações de estresse pós-traumático. Foundation for Human Enrichment – www.traumahealing.com.

Quantas estratégias formulamos para expressar nossos pensamentos (usando a parte neocortex do cérebro) e nossas emoções (sistema límbico)? Quanta energia biológica mobilizamos e fracassamos em sua finalização? E se não finalizamos esta energia instintiva (usando a parte primitiva / reptiliana do cérebro), o funcionamento dos outros dois sistemas cerebrais será profundamente alterado, afirma Levine em seu livro – O Despertar do Tigre – Summus Editorial.

Ele enfatiza que sem a descarga ou a finalização, estaremos fadados a repetir o trágico ciclo de re-atuação – quer ela ocorra por meio de “atuar para dentro”, ou “atuar para fora”. A primeira é em relação a si próprio, que levaria em última análise à doença. A segunda, em relação ao ambiente, que levaria em última instância, a comportamentos agressivos e de violência.

Segundo Levine, re-atuação é um padrão que se repete no ímpeto de resolver o trauma. Somos atraídos por situações que repetem o trauma original, de formas óbvias e não óbvias. Freud cunhou o termo “compulsão à repetição” para descrever os comportamentos, relacionamentos, emoções e sonhos que pareciam ser “replays” do trauma original (Van der Kolk).

Tornozelos torcidos, joelhos deslocados, quedas, acidentes na coluna, doenças psicossomáticas e relacionamentos são alguns exemplos de re-atuações.

Uma das coisas que nos chama a atenção no paciente com dor crônica e em pacientes que passaram por traumas severos, (especialmente pré-perinatal ou traumas de interferência maciça no Sistema Nervoso Central) é que os sintomas aumentam mesmo com pouca quantidade de elementos desencadeadores visíveis. Experiências como trauma no parto, cirurgias na infância, com incidência no uso de anestesia com éter, febres altas, sufocamento, engasgamento, afogamento, permeiam todos os aspectos da fisiologia. O organismo como um todo se reprograma para manter a sobrevivência. Significa que o organismo responde globalmente a cada estímulo. Nós somos constantemente testemunha de pacientes com sensibilidades exacerbada a estímulos externos.

Podemos especular que este tipo severo de desregulação, apresenta uma certa pré-disposição a desenvolver síndromes dolorosas.

Desde o momento que comecei a compreender a natureza do trauma e a gravidade dos problemas criados por ele no organismo das pessoas, sinto a necessidade de propagar a idéia do Dr Peter Levine, criador do método Experiência Somática, que o trauma pode estar na base de muitas desordens funcionais e que pode estar contribuindo para manter o círculo vicioso das síndromes dolorosas crônicas.

Existe uma ampla literatura de trauma que documenta a alta incidência, de dor crônica encontradas em vítimas de abuso infantil (Wurtele).

Estudos mostram que nas desordens funcionais gastrintestinais (especialmente a síndrome do intestino irritado, que altera o sistema nervoso intestinal a nível motor e sensitivo) estão relacionadas com o estresse. Ela atinge 12% dos adultos especialmente as mulheres (Drossman e outros, 1993; Drossman e outros, 1994).

Whitehead e outros, 2000, afirmam que a síndrome do intestino irritado tem uma relação com o trauma perinatal. Pelo fato do bebê não estar maduro o suficiente para lidar com as injúrias viscerais, o trauma precoce pode desregular o eixo cérebro-intestino.

As conseqüências do trauma podem estar espalhadas e ocultas. Estudos mostram que os estressores psicossociais parecem provocar sintomas (Drosman e outros, 1994) que podem permanecer latentes, acumulando-se por anos ou até mesmo décadas. Estas evidências circunstanciais não constituem prova científica médica, mas parecem apresentar um protótipo para o modelo de doenças de disfunção autonômica.

Quando a dor não cede com nenhum processo, a causa pode ser atribuída a um desarranjo dos próprios centros nervosos que controlam a dor. O próprio nervo pode ter sido afetado e ou, lesionado. A dor nestes casos, passa a ser considerada a própria doença (Scarlati, 2007).

O paciente com dor crônica perde a capacidade de se “defender”, de responder ao estímulo doloroso. O descontrole ocorre por uma hiperatividade neuronal no sistema inibitório descendente que regula a informação da dor. Resulta em uma resposta de inadequação fisiológica onde o corpo perde a função de modular a dor. No mecanismo da dor ocorrem inúmeras alterações e todas as excitações, sensibilizações (inclusive a hiperalgesia – aumento do estímulo doloroso) e mensagens de perigo, vão para a memória (Melzack). Assim como no mecanismo do trauma. Guarda-se na memória um pacote compactado de sensações, percepções, barulhos, odores, imagens, sensações somáticas e, diante do menor sinal no ambiente, incita esta associação (Scaer, 2001).

Para Levine, trauma é uma desordem da auto-regulação e pode ser curado. Trauma para ele é um processo interrompido que tem uma inclinação natural a se completar sempre que isso seja possível. Se for criada a oportunidade, qualquer indivíduo poderá completar esse processo e evitar os efeitos debilitantes do trauma. Ele afirma que quando somos incapazes de completar as respostas ativas de defesa, luta/fuga, descarregamos a tremenda carga emocional gerada pela resposta de prontidão. Esta carga permanecerá presa a padrões específicos de prontidão neuromuscular. Numa resposta de congelamento ou paralisia, acontece uma dissociação intrínseca (Gallup & Maser). Os músculos congelados, estão duros, não se movem ou estão colapsados por falta de tônus - também não têm carga para se mover e, ao mesmo tempo, uma forte atividade autonômica está presente continuamente.

Os eventos que ameaçam a vida, seguidos por estresse adicional, podem deixar uma pessoa em um estado restrito e inibidor de alta carga simpática e parassimpática, que “trava” o sistema 2.* Os dois sistemas estão co-ativados ao mesmo tempo. Ao viver um episódio traumático severo, o indivíduo sobrecarrega o sistema nervoso a tal ponto que pode disparar o sistema de alarme e suspender sua atividade (Gallup & Maser). Uma hiperativação provoca um impulso irresistível de querer identificar a fonte da ameaça ou perigo devido a reações de orientação sensório-motora (Scaer, 2001). Um exemplo comum é o terremoto, no qual a origem

do movimento intenso é tão abrangente que não se pode identificar de onde ele vem. Outro exemplo, é o acidente de carro no qual a urgência de lutar ou fugir é frustrada. O efeito é semelhante a acelerar e frear o carro simultaneamente. Como nos casos da Síndrome do Intestino Irritado e em alguns casos da Fibromialgia onde há uma combinação dos sintomas relacionados com um período de espasmo, outro de diarreia, ou como nas enxaquecas onde a vasoconstrição são seguidas de vasodilatação. Este estado reflete instabilidade do Sistema auto-regulador (Levine, 2006).

Com o resultado do trauma, a pessoa perde a espontaneidade e funciona cronicamente no automático. Chamamos isso de dissociação.

É difícil para o Sistema Nervoso Autônomo sair desse travamento e retornar para um estado de equilíbrio dinâmico. Ajudamos os nossos clientes a reiniciar as respostas do SNA, e a responder ativamente usando as estratégias de luta, fuga, ou engajamento social (Porges) 2 & 3*. Assim, o paciente pode restaurar seus limites, administrar suas sensações com mais consciência e integrar sua experiência interna com o ambiente.*4

Numa intervenção terapêutica, seja com fisioterapia, psicoterapia, acupuntura, ou até mesmo a ação de um enfermeiro, (na medida que a resposta de descarga começa a se liberar) os pacientes podem experimentar flashbacks assustadores e compulsivos, uma forte mensagem de perigo e sensações desagradáveis são acompanhadas por emoções “negativas”, como terror, raiva, ódio, vergonha ou culpa, que são igualmente intoleráveis (Scaer).

Assim, se uma quantidade excessiva de emoção é liberada muito rapidamente, o sistema nervoso irá, novamente, tentar estabilizar-se, segurando esta emoção, perpetuando o ciclo e os sintomas. Qualquer abordagem que libere de uma só vez uma grande quantidade de emoção no sistema é propensa a “re-traumatizar” a fisiologia do indivíduo, podendo inclusive, em alguns casos, agravar os sintomas (Levine).

É com esta estrutura de pensamento que a Experiência Somática foi desenvolvida. Ela ajuda o paciente a separar a alta carga de estímulos (dor, tato, pressão, emoções, sentimentos, etc.) e a exercitar a habilidade de ter uma resposta pequena e

MANEJO DA DOR RELACIONADA AO TRAUMA

parar, uma outra resposta pequena e parar, como no princípio da homeopatia. Assim, ele vai percebendo os indicadores precoces de que seu sistema está começando a se mover em direção aos padrões habituais de síndrome dolorosa, tipo enxaqueca, dor, fadiga ou outras disfunções.

A tarefa primária do terapeuta, é dar atenção à sensação que as coisas evocam e ao modo como o corpo está respondendo. A oportunidade gira em torno da sensação.

Quando se está em contato com as sensações internas, está dando atenção aos impulsos do núcleo reptiliano. O uso adequado do toque pode devolver o ritmo natural respiratório aos tecidos e a liberar micro-tensões das mais sutis e, como resultado, o paciente notará essas mudanças, que têm o propósito de ajudar a descarregar o excesso de energia e a completar os sentimentos e respostas bloqueadas. Observar e não interpretar essas mudanças e respostas ajuda no processo de aprender a entrar e a sair do estresse e também a re-conectar com a percepção de si mesmo, de se pertencer. A desconexão de se pertencer, faz com que nossa mente racional crie fantasias que nos levam a competir, desconfiar dos outros e a sabotar nosso respeito natural pela vida.

Como diz van der kolk, “o trauma é fundamentalmente uma perturbação na capacidade de estar no aqui e agora”.

Quando um cliente começa a entrar no vórtice de trauma e afundar no seu discurso familiar e na sua dissociação, uma adequada intervenção seria a seguinte: Faça-o olhar para você e traga-o de volta para a orientação. Toque no seu braço e diga: - “Olhe para mim”, “Abra os seus olhos”. Mesmo que seja minúscula a capacidade de seu cliente, você está pedindo que ele use o AGORA.

Um paciente que permanece no modo da sensação sem se envolver em seus processos de pensamento; sente um alívio e uma abertura; sua atenção então se focaliza novamente no mundo externo. Você consegue ver algo mudando nesse paciente. Uma mão nas costas ou no ombro de um paciente que já chega assustado com o diagnóstico recebido, depois de já ter passado de um médico a outro, é extremamente confortadora. Ainda acompanhada por algumas palavras gentis como “ Tudo bem”, ou – “ Está tudo bem – deixe o susto sair de você com o tremor”. Isso

pode ajudar imensamente. Estudos mostram que quem tem essa oportunidade, têm menos problemas na recuperação (Levine, 1997). Sua função primária, é criar um ambiente relativamente seguro*5 para que o paciente complete suas respostas naturais ao fato de ter sido ferido.

É indispensável que o paciente com dor procure ajuda para por fim a esse sofrimento. Já é um fato de que a maneira mais confiável para o tratamento da dor, é através de uma atuação interdisciplinar e a Experiência Somática é um modelo que está a serviço desse campo de estudo. A dor não tratada, traz complicações renais, imunológicas, cardiovasculares e alterações na qualidade de vida (Teixeira, 2005). As pessoas que são incentivadas a dar atenção às suas respostas instintivas são propensas a um legado de saúde e vigor.

Consultas bibliográficas:

DROSSMAN D. A., Richter JE, Talley NJ, *et al.* **The functional gastrointestinal disorders, diagnosis, pathophysiology and treatment.** Boston: Little, Brown and Company; 1994.

DROSSMAN, D. A. ZHIMING, L. I., ANDRUZZI, E. *et al.* **US householder survey of functional gastrointestinal disorders.** : Dig Sci, 1993.

Foundation for Human Enrichment - Niwot - Co – Somatic Experiencing - Healing Trauma – Manual of SE Training - www.traumahealing.com

GALLUP, G. G., MASER, J. D. (1977) Human Catalepsy and Catatonia. In *Psychopathology: Experimental Models*, ed. Maser, J. D. and Martin, E. P. S. San Francisco, W.H. Freeman, pp.334-357.

GELHORN, E. **Autonomic-Somatic Integrations; Physiological Basis and Clinical Implications.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 1967.

JESSELL, T., KELLY, D. Pain and analgesia. In: **Principles of neuroscience**, 3ed. Norwalk, CT: Appeton and Lange; 1991. p.385-99.

LEVINE, P. A. **Accumulated Stress Reserve Capacity and Disease**, 1977. Tesis (Ph.D. em biofísica médica) - University Microfilm, Michigan.

LEVINE, P. A. **Handbook of Psychophysiology; Systems & Applications.** Guilford: Ed. Coles, Douchers and Porges, 1986.

MANEJO DA DOR RELACIONADA AO TRAUMA

LEVINE, P. A. **O Trauma e Dor Crônica**. Conferência no Advanced Training of Somatic Experiencing by Foundation for Human Enrichment. April, 30th, 2006, Salvador – Ba-Brazil.

LEVINE, P. A., FREDERICK, Awakening the Tiger - Healing Trauma, North Atlant - 1997

MENEZES, R. A. **Síndromes Dolorosas** : Revinter, 1999.

MELZACK, R. & WALL. P. D. Pain mechanisms: a new theory.150:971-999 - Science, 1965.

MORGULIS, R. – Dor Ninguém precisa viver com ela – Espaço Saúde – www.einstein.br/espacosauade - Matérias > Viva Melhor, São Paulo - 2006

PORGES, S.W (1995) Orienting in a defensive world: Mammalian modification of our evolutionary heritage. A polyvagal theory. Psychophysiology – from www.wam.umd.edu

PORGES, S. W. (1997) - Emotion: an evolutionary by-product of the neural regulation of the autonomic nervous system - Ann.N.Y.Acad.Sci from www.wam.umd.edu

PORGES, S. W. (2001) - The Polyvagal Theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system - Int.J. Psychophysiol.42:123-146.

PORGES, S. W. (2007) – The Polyvagal perspective. Biological Psychology.

SCAER, R. Neurophysiology of dissociation and Chronic Pain – published by Applied Psychophysiology and Biofeedback, 2001a, 26(1), 73-91 – Denver-Co.

SCAER, R. – The Body Bears the Burden – Trauma, Dissociation, and Disease – Haworth Medical Press, 2001

SCAER, R. – Trauma Spectrum – Hidden Wounds and Human Resiliency – Norton, 2005

SCARLATI, A. – a Dor que não é doença – Você pode viver sem ela! – Ícone Editora, 2007.

SILVA, S.M.G., Catálogo de Abordagens Corporais, Casa do Psicólogo, 2005:92

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen : Avaliação Funcional do doente com dor crônica – 3^a edição – vol 1 – Maio de 2005 – Revista do Centro de Estudos da Dor – HC – FMUSP.

MANEJO DA DOR RELACIONADA AO TRAUMA

Van der KOLK, B. (1989). The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization and masochism, *Psychiatric Clinics of North America*, 12 (2): 389-410

WHITEHEAD, W. E., BOSMAJIAN, L., ZONDERMANN, A.B. et al. Symptoms of Psychologic distress associated with Irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000

WURTELE, S., KAPLAN, G., KEAIRNES, M. (1990). Childhood sexual abuse among chronic pain patients, *The Clinical Journal of Pain*, 6:110-113

YENG, L.T. O Trauma e Dor Crônica (2006) – Conferência at Advanced Training of Somatic Experiencing by Foundation For Human Enrichment April, 30th, 2006

Rodapés:

1 – Somatic Experiencing® ou Experiência Somática, é uma prática terapêutica desenvolvida por Peter A. Levine, PhD (1977, 1999) a partir de sua concepção do trauma. Este é um modelo de abordagem naturalista em que, através de estudos e observações realizadas em humanos e animais, os sintomas do estresse traumático são frequentemente compreendidos como sinais ou indicações de respostas neurofisiológicas incompletas e fixas de luta, fuga ou paralisia/congelamento. Visite o website: www.traumahealing.com – Foundation for Human Enrichment – Co- EUA.

2- A teoria polivagal de Porges esclarece algumas respostas fisiológicas atípicas particularmente sob condições de manejo crônico de estados de estresse traumático. Conforme Porges, o sistema nervoso autônomo não consiste de dois sistemas recíprocos (parassimpático e simpático) mas sim, de três sistemas sequenciais que seguem a evolução do cérebro: Sistema Vago Dorsal – Sistema Nervoso Simpático e Sistema Vago Ventral.

O Sistema Vago Dorsal – parte do Sistema nervoso parassimpático (o mais primitivo, não mielinizado. É um sistema de conservação de oxigênio e provoca o travamento que surge no trauma grave). **O Sistema Nervoso Simpático** (não mielinizado) é um sistema de mobilização (luta/fuga). **O Sistema Vago-Ventral**, encontrado apenas nos mamíferos, mielinizado e sustenta o engajamento social (lamber a cara, fazer amigos para resolver problemas).

- 3- “A teoria de Porges propõe um modelo de resposta hierárquica, no qual as mais sofisticadas estratégias de sobrevivência, que usam o engajamento social, são tentadas em primeiro lugar. Se o engajamento social não funcionar, então, o sistema de ativação simpática mais primitivo (luta/fuga) é empregado. Se a ativação simpática não funcionar, então, temos a resposta de imobilidade do sistema vago dorsal primitivo, como um último estágio do mecanismo de sobrevivência. Porém, este modelo sequencial tem sua própria complexidade: “Os três níveis não funcionam na forma do tudo ou nada; mas exibem gradações de controle determinadas tanto pelo feedback visceral, quanto pelas estruturas cerebrais mais altas”. Porges, “Emotion: Na Evolutionary By- Product of the Neural Regulation of the Autonomic Nervous System”, from www.wam.umd.edu (transcrito do Manual do SE).
- 4- “A teoria Polivagal enfatiza a dependência filogenética da estrutura e função do vago, o nervo principal do sistema nervoso parassimpático. São descritos três estágios filogenéticos do desenvolvimento neuronal. O primeiro estágio é caracterizado por um sistema vago vegetativo primitivo desmielinizado, que favorece a digestão e responde à novidade ou à ameaça, reduzindo o rendimento cardíaco para proteger os recursos metabólicos. Em termos comportamentais, este primeiro estágio está associado com os comportamentos de imobilização. O segundo estágio é caracterizado pelo sistema nervoso simpático espinhal, que é capaz de aumentar a produção metabólica e inibir os comportamentos primitivos necessários para “luta e fuga”. O terceiro estágio é exclusivo dos mamíferos e é caracterizado pelo sistema vago mielinizado, que pode rapidamente regular o rendimento cardíaco para favorecer o engajamento e desengajamento com o ambiente... Além disso, o sistema vago dos mamíferos tem um efeito inibidor no trajeto do simpático até o coração, e portanto, promove o comportamento tranquilo e sociável.” Porges, “Emotion:

MANEJO DA DOR RELACIONADA AO TRAUMA

Na Evolutionary By- Product of the Neural Regulation of the Autonomic Nervous System”, from www.wam.umd.edu (transcrito do Manual do SE).

- 5- Porges (2007) desenvolveu as noções de “freio vagal” e “neurocepção”. Segundo a idéia do “freio vagal”, a rápida inibição e desinibição do tônus vagal para o coração pode rapidamente mobilizar ou acalmar o indivíduo. “Neurocepção”, enfatiza um processo neural distinto da percepção, onde o indivíduo é capaz de distinguir aspectos no ambiente interno e externo que são seguros, perigosos ou que ameaçam a vida. Segundo Porges esse sistema neural, não requer atenção consciente e que envolvem a atividade de estruturas límbicas sub-corticais. Porges deixa claro que a teoria polivagal fornece uma perspectiva para estruturar questões de pesquisa, não se apresentando como uma teoria estática. Assim, a teoria e a perspectiva devem ser discutidas dentro do contexto da história da psicofisiologia.