

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

A INFLUÊNCIA DO TRAUMA INFANTIL NA
FIBROMIALGIA EM MULHERES

ANA PAULA MEZACAZA FILIPPON
Autora

Porto Alegre, 2008

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
MESTRADO

A INFLUÊNCIA DO TRAUMA INFANTIL NA
FIBROMIALGIA EM MULHERES

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psiquiatria.

ANA PAULA MEZACAZA FILIPPON

Autora

LÚCIA HELENA FREITAS CEITLIN

Orientadora

Porto Alegre, 2008

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, Vilson e Marialva, e aos meus irmãos, Maurício e Natália por tornarem mais agradável à busca pelos meus sonhos.

Também, agradeço, à minha orientadora, Lúcia Helena, pela sabedoria de orientar sem privar minha autonomia. Também agradeço ao André, e a toda a sua família pelo incentivo na busca desta conquista. Agradeço ao meu analista, Zelig Libermann, pela incansável companhia.

Em especial, agradeço ao Diego Bassani, que me acompanhou desde o início desta tarefa, ajudando a organizar meu raciocínio e contribuindo com seus conhecimentos para o enriquecimento deste estudo.

Também agradeço ao professor Rogério Aguiar e aos que ajudaram a coletar os dados desta pesquisa: Betina Cardoso, Guilherme Felício e Tatiana Pizetta. Agradeço as amigas Cintia Padoin e Luciana Terra, que contribuíram para a finalização deste trabalho.

Por fim, agradeço às pacientes com as quais compartilhei sofrimento e busquei entender o significado da sua dor.

SUMÁRIO

1. RESUMO / ABSTRACT	05
2. INTRODUÇÃO.....	09
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
4. JUSTIFICATIVA.....	24
5. HIPÓTESES.....	25
6. OBJETIVO GERAL.....	26
7. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
8. ARTIGO 1.....	27
9. ARTIGO 2.....	56
10. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	74
11. DISCUSSÃO.....	75
12. CONCLUSÃO.....	80
13. REFERÊNCIAS	81
14. ANEXOS.....	94
I. Protocolo	
II. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
III. Fibromyalgia Impact Questionnaire	
IV. Childhood Trauma Questionnaire	

1. Resumo

Fundamentação: A fibromialgia é uma doença de elevada prevalência, etiologia desconhecida e terapêuticas insatisfatórias. Apresenta grande impacto negativo na qualidade de vida e na funcionalidade durante o seu curso. Sabe-se que alguns estudos revelaram a associação entre a fibromialgia e história de trauma na infância em pacientes de serviços terciários, embora a natureza desta relação não seja clara. Os detalhes desta relação são desconhecidos, bem como a sua importância clínica e os fatores que a influenciam. Uma elevada prevalência de depressão tem sido observada nos paciente com fibromialgia. Estudos que avaliem a inter-relação entre fibromialgia, trauma infantil e depressão não estão disponíveis. **Objetivo:** Este estudo objetivou investigar a relação entre trauma na infância e perda de funcionalidade em mulheres adultas com fibromialgia. Um segundo objetivo foi determinar se havia alguma influência da depressão nesta relação. **Método:** Todas as mulheres que procuraram atendimento no Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e receberam o diagnóstico de fibromialgia no período de abril de 2005 a junho de 2006 e de junho de 2007 a novembro de 2007 foram incluídas este estudo. A fibromialgia foi diagnosticada por médicos especialistas em dor de acordo com os critérios do Colégio Americano de Reumatologia. Pacientes com menos de 18 anos e as analfabetas foram excluídas. Um total de 145 pacientes preencheu os critérios de inclusão. Destas, 114 (79%) completaram as entrevistas e foram incluídas na presente análise. Não houve recusas. A quantidade e a qualidade do trauma

na infância foram medidas pelo *Childhood Trauma Questionnaire* e a perda de funcionalidade usando o *Fibromyalgia Impact Questionnaire*. O diagnóstico de depressão foi realizado através de entrevista psiquiátrica padrão e confirmado pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview* – Brazilian version 5.0.0. Dados clínico-demográficos foram coletados através de entrevista semi-estruturada. **Resultados:** O modelo de regressão linear revelou uma perda significativa da funcionalidade na presença de trauma, especialmente na sub-amostra relatando trauma de maior intensidade. Quando a amostra foi estratificada de acordo com a presença de depressão, a associação dos escores de trauma com a perda da funcionalidade ficou mais evidente na ausência de depressão mesmo ajustando-se para idade e uso de medicações psicotrópicas. **Conclusão:** Trauma na infância está associado de forma importante à perda de funcionalidade em mulheres adultas com fibromialgia. Há uma diferença na associação de perda de funcionalidade e trauma na presença de depressão. Pacientes sem depressão apresentaram maior perda de funcionalidade associada à história de trauma na infância. Nós formulamos algumas hipóteses baseadas nas teorias psicanalíticas. De acordo com a Escola Psicossomática de Paris, traumas precoces podem causar falhas na estruturação psíquica levando a sintomas somáticos, ao invés de defesas mentais. São necessários novos estudos para elucidar a patofisiologia da fibromialgia e para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento para esta condição. O impacto do trauma infantil e o papel da depressão no curso clínico da fibromialgia deverão ser avaliados em estudos prospectivos.

1. Abstract

Background: Fibromyalgia is a high prevalence disease, of unknown etiology e unsatisfactory therapeutics. It has great negative impact on the quality of life and functionality during its course. It's known that some studies revealed an association between fibromyalgia and childhood trauma history in patients from tertiary care, however the nature of this relationship is unclear. The details of this relationship are unknown, as is its clinical importance and intervening factors. A high prevalence of depression has been observed among fibromyalgia patients. Studies that evaluate the interrelationships between fibromyalgia, childhood trauma and depression are not available. **Objective:** This study aims to investigate the relationship between childhood trauma and functionality loss among adult women with fibromyalgia. A second objective was to determine whether there was any influence of depression in this relationship. **Method:** All women who sought medical care at the Pain and Palliative Care Department Program in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre and received fibromyalgia diagnoses in the period from April 2005 to April 2006 and from June 2007 to November 2007 were included in the study. Fibromyalgia was diagnosed by medical pain specialists following the American College of Rheumatology diagnostic criteria. Patients under the age of 18 or illiterates were excluded. A total of 145 patients fulfilled the inclusion criteria. From these 114 (79%) completed the interviews and are included in the present analysis. There were no refusals. Childhood trauma intensity and quality was measured using The *Childhood Trauma Questionnaire* and functionality loss using the

Fibromyalgia Impact Questionnaire. Depression diagnoses was made by regular psychiatry interview and confirmed by *Mini International Neuropsychiatric Interview* – Brazilian version 5.0.0. Clinical and demographics data were collected by semi-structured interviews. **Results:** The linear regression model reveals a significant decrease in functionality in the presence of trauma, especially in the sub-sample reporting high intensity trauma. When the sample was stratified according to the presence of depression, the association of trauma scores with functionality loss was more marked among non-depression even after adjusting for age and use of psychotropic medication. **Conclusions:** Childhood trauma was importantly associated with functionality loss among adult women with fibromyalgia. There is a difference in the association of functionality loss and trauma in the presence of depression. Patients without depression evidenced higher loss of functionality associated to childhood trauma history. We formulate some hypothesis based on psychoanalytical theories. According to the Psychosomatic Paris School, early traumas could cause failures of psychic structuring leading to somatic symptoms, instead of mental defenses. New studies are required also to elucidate the fibromyalgia pathophysiology and develop strategies for preventing and treating this condition. The impact of childhood trauma and the role of depression on the clinical course of fibromyalgia should be further evaluated in prospective studies.

2. Introdução

Fibromialgia é uma síndrome dolorosa crônica de elevada prevalência (1). É caracterizada por dor músculo-esquelética não-articular generalizada e pela presença de múltiplos nódulos sensíveis à palpação. O quadro doloroso costuma ser acompanhado de diversos sintomas somáticos, tais como: alterações do sono, ansiedade e fadiga. Sua etiologia é ainda desconhecida e o manejo terapêutico é, de maneira geral, insatisfatório (1,2,3,4).

A fibromialgia provoca um grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade de seus portadores (5). O efeito negativo na qualidade de vida é comparável ao de patologias como a artrite reumatóide (6). Também provoca considerável disfunção nas atividades de vida diária, que parece ser influenciada, em maior grau, pela saúde mental do paciente e, em menor grau, pela sua condição física (7).

A relação entre fibromialgia e doenças psiquiátricas ainda é controversa. Há trabalhos que referem alta associação entre ambas, chegando a 77,3% (8), enquanto outros não a encontraram (9). Diferenças metodológicas entre os estudos e na classificação das duas condições explicam a diferença destes resultados. Há autores que postulam que a frequência dos sintomas psiquiátricos é tão alta sugerindo que a causa da fibromialgia deva ser psicológica (10,11). A depressão é descrita como particularmente prevalente em pacientes com fibromialgia, num índice que varia de 20% a 80% (12). Raphael et al. (2006) alertam para a comorbidade com os transtornos de ansiedade, sendo o transtorno obsessivo-compulsivo e o transtorno de

estresse pós-traumático cinco vezes mais comum em mulheres com fibromialgia, comparadas às sem fibromialgia em uma amostra na comunidade (13). Sintomas significativos de transtorno de estresse pós-traumático foram descritos em 57% dos sujeitos em uma amostra de pacientes com fibromialgia (14).

A fibromialgia já foi considerada, por alguns autores, como uma variante dos transtornos depressivos (15). Outros postulam que a fibromialgia faça parte de um espectro de transtornos afetivos, juntamente com o transtorno depressivo maior, distímia, transtornos de ansiedade, bulimia nervosa, síndrome do cólon irritável, enxaqueca, entre outros (16,17). A superposição de alguns sintomas da fibromialgia e dos transtornos depressivos (por exemplo: fadiga, alterações de sono, ansiedade) corroboram com estas hipóteses, bem como os semelhantes polimorfismos em genes do sistema serotoninérgico, dopaminérgico e catecolaminérgico relatados nestas duas entidades (18), a resposta da fibromialgia a antidepressivos (19) e a elevada frequência da coagregação familiar da fibromialgia com os transtornos depressivos (16).

Contudo, apesar destas semelhanças entre a fibromialgia e os transtornos depressivos, há autores que acreditam que os mecanismos fisiopatogênicos envolvidos possam ser diferentes. Consideram mais aceitável que os distúrbios psicológicos como a ansiedade, depressão e estresse sejam secundários à condição dolorosa crônica, atuando sobre esta condição como fatores de retro-alimentação positiva (20).

Mais modernamente investiga-se a hipótese de que a fibromialgia e os transtornos depressivos seriam entidades diferentes que apenas compartilham fatores de risco (21). Entre estes estaria o relato de traumas na infância

associados tanto ao transtorno depressivo maior (22-24) quanto à fibromialgia (25-27). Ainda não dispomos de estudos com delineamento adequado para investigar a relação de causalidade entre trauma na infância e fibromialgia (28). Os estudos disponíveis nesta área (22-24,29) são todos retrospectivos e, em sua maioria, realizados em ambientes clínicos.

Os trabalhos publicados até o momento que demonstram associação entre a fibromialgia e história de trauma na infância (22-24) não esclarecem a natureza desta relação. Ainda são desconhecidos a sua força, sua significância clínica e os fatores que possam interferir nesta relação. Dentre estes fatores, destaca-se a depressão maior como possível fator de confusão por ser bastante prevalente entre os portadores de fibromialgia (8) e também ser associada ao relato de trauma na infância (30).

O presente estudo aborda a relação entre trauma na infância e fibromialgia na vida adulta, tendo como desfecho a perda da funcionalidade nas atividades de vida diária no artigo 1. Neste, foi também realizada a estratificação da amostra pela presença ou ausência de depressão maior. No artigo 2, serão abordadas as hipóteses psicanalíticas a respeito do impacto do trauma infantil na formação de sintomas.

3. Fundamentação teórica

Embora a origem da fibromialgia seja ainda controversa, está hoje definida como uma entidade clínica com uma história característica e também com um conjunto de sintomas bem estabelecidos (31).

A prevalência relatada da fibromialgia na população geral dos Estados Unidos é de 3,4% nas mulheres e 0,5 % em homens (31). No Brasil, Senna et al. (2004) encontrou uma prevalência de 2,5% de fibromialgia em uma amostra por conglomerado, em Montes Claros, Minas Gerais (32). A idade média de início da fibromialgia relatada pelo Colégio Americano de Reumatologia (1990) é de 49 anos (1). A prevalência cresce em um padrão constante até os 80 anos e, então, declina. Esta condição afeta o sexo feminino 10 vezes mais do que o masculino e é usualmente considerada uma doença de mulheres entre 20 e 50 anos; no entanto, também é observada em homens, crianças, adolescentes e velhos (31,33).

O início dos sintomas pode ser gradual e sem causa identificável, como pode seguir processos infecciosos tipo gripe e processos dolorosos por esforços repetitivos ou por artrite crônica. Em até um terço dos casos, a fibromialgia se desenvolve rapidamente após um trauma identificável, como acidente de carro, cirurgia, estresse emocional ou até mesmo a retirada de medicações, como corticosteróides (34-37).

Os critérios diagnósticos atuais da fibromialgia foram propostos pelo Colégio Americano de Reumatologia em 1990 (1) e seguem-se:

- a) História de dor generalizada:

A dor é considerada generalizada quando preenche o seguinte critério: dor no lado esquerdo e direito do corpo, acima e abaixo da cintura. Adicionalmente, dor esquelética axial deve estar presente (coluna cervical ou torácica ou lombar ou torácica anterior). Nessa definição, dor nos ombros e nádegas é considerada para cada lado envolvido. Dor lombar vale para o segmento inferior.

b) Dor em 11 dos seguintes 18 pontos sensíveis à palpação digital, ilustrados na figura 1:

Occipital, cervical inferior, trapézio, supraespinhal, segunda costela, epicôndilo lateral, glútea, trocanter maior e joelho (todos esses pontos considerados bilateralmente).

A palpação digital deve ser feita com a polpa da ponta dos dedos, com uma pressão de cerca de 4 kg. Para um ponto ser considerado como positivo, a sensação deve ser referida como dolorosa e não apenas “sensível”, ou “um pouco dolorido”. Para efeitos de diagnóstico, os critérios 1 e 2 devem ser preenchidos, com duração de pelo menos três meses. Não deve ser um diagnóstico de exclusão, ou seja, a presença de um outro transtorno clínico não exclui o diagnóstico de fibromialgia.

É um diagnóstico primordialmente clínico. Os testes diagnósticos têm um papel limitado. Contagem sangüínea completa e provas de função tireóidea são solicitadas para fazer o diagnóstico diferencial com anemia e hipotireoidismo respectivamente (1).

Pacientes com fibromialgia relatam dores mais intensas e de pior qualidade em comparação a pacientes portadores de osteoartrite, artrite reumatóide e dor lombar (38,39). Os sintomas dolorosos costumam piorar com

o clima frio e úmido, sono ruim e estresse físico ou mental. Ao passo que melhoram com o clima quente e seco, atividade física moderada, sono adequado e relaxamento (1).

Alterações do sono, fadiga e rigidez muscular ocorrem juntas em 56% dos pacientes com fibromialgia e 81% destes têm pelo menos dois dos sintomas acima. A descrição subjetiva de edema articular na ausência de edema objetivo e parestesias sem achados neurológicos objetivos são dois relatos freqüentes em fibromialgia (40). Queixas cognitivas como déficits de memória, troca de palavras ou pobreza de vocabulário são comuns. Outras manifestações satélites incluem ansiedade, depressão, cefaléia e tontura (3).

É freqüente a comorbidade com síndrome do cólon irritável, síndrome da fadiga crônica, bexiga irritável, dismenorréia, síndrome pré-menstrual, síndrome das pernas inquietas, dor têmpor-mandibular, dor torácica não-cardíaca e fenômeno de Raynaud (31,41,42).

Embora não exista nenhum tipo de estadiamento difundido e validado para quantificar a gravidade da fibromialgia, podemos medir o seu impacto através de medidas de funcionalidade nas atividades de vida diária. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) é usado mundialmente para este fim (43). O FIQ consiste em 10 itens de questões auto-respondidas. O escore de cada item é quantificado em uma escala de 0 a 10 com os escores mais elevados indicando maior nível de disfunção. O FIQ está validado no Brasil para a língua portuguesa (44).

Apesar do aumento do reconhecimento e da compreensão da fibromialgia, o tratamento permanece um desafio. Alguns acreditam que nenhum tratamento efetivo exista (45). O manejo ideal da fibromialgia requer a

combinação de terapias farmacológicas e não-farmacológicas, melhor aplicadas quando paciente e profissionais de saúde trabalham em equipe (3).

O tratamento medicamentoso da fibromialgia tem tido mais sucesso com fármacos de ação no sistema nervoso central. Apesar de serem classificadas como antidepressivos, relaxantes musculares ou anticonvulsivantes, estas drogas afetam vários neurotransmissores (por exemplo: serotonina, norepinefrina, substância P) que possuem um espectro de ação no cérebro, medula espinhal e periferia do corpo, incluindo modulação da sensibilidade à dor e tolerância (46).

Há grande evidência de que o uso de baixas doses de tricíclicos, como amitriptilina e ciclobenzaprina, bem como exercícios aeróbicos, terapia cognitivo-comportamental, psicoeducação, ou a combinação dos mesmos no manejo da fibromialgia sejam efetivos. Há moderada evidência de que o tramadol, antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina, antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina e certos anticonvulsivantes sejam eficazes. Moderada evidência também existe para a eficácia de exercícios de alongamento, acupuntura, hipnoterapia, biofeedback, massagem e banhos de água mornos (4).

São escassas as publicações demonstrando evidência de sucesso terapêutico com significância clínica. É provável que isto se deva ao fato de que muitas das terapias comumente usadas para fibromialgia não foram cuidadosamente avaliadas ainda e sua fisiopatologia continua obscura (4).

Um dos modelos fisiopatológicos para a fibromialgia, proposto por Bennett em 1989, baseia-se no mecanismo de geração e manutenção de dor. No modelo de processamento usual da dor, o estímulo doloroso é percebido na

periferia do organismo através dos nociceptores (2). Os nociceptores constituem os receptores farmacológicos dos axônios das células nervosas presentes na pele e nos músculos (47). São eles que ao receber um estímulo doloroso, por meio de pressão, alteração química ou de temperatura, desencadeiam a condução elétrica, levando este impulso ao corno posterior da medula espinal através de fibras não mielínicas do tipo C (48). Por meio dos tractos espinais ascendentes estes estímulos chegam ao sistema nervoso central atuando sobre o hipotálamo e o córtex somatossensorial, que interpretam o estímulo doloroso. A estimulação simpática resultante deste processo acarretaria hiperreatividade neurovegetativa cutânea, contraturas e descondicionamento muscular (46).

Para Benett (1989), alterações microcirculatórias, microtrauma em musculatura esquelética e distúrbios do sono atuariam em indivíduos predispostos, como fatores desencadeantes, estimulando nociceptores cutâneos e musculares. A resposta a este estímulo doloroso seria a inatividade, o que agravaria o descondicionamento muscular tornando estas estruturas mais propensas aos microtraumas. As junções musculotendinosas, correspondentes aos nódulos dolorosos da fibromialgia, seriam as mais vulneráveis devido ao elevado índice de esforço por área que sobre elas atua (2). O aumento da atividade adrenérgica central e periférica descrita na fibromialgia (49), potencializada por estímulos ambientais e psicológicos, atuaria na redução do fluxo sanguíneo em tecido muscular e conjuntivo, o que pode ser confirmado por estudos radioisotópicos (2).

Atualmente, teorias fisiopatológicas entendem o mecanismo de sensibilização central (50,51) e a disregulação de eixos neuroendócrinos (52,53) como centrais na gênese fibromialgia.

Estariam envolvidos no processo de sensibilização central a redução dos níveis de serotonina e endorfinas e o aumento dos níveis de substância P. A serotonina e as endorfinas atuam no sistema nervoso central como moduladores da dor, são capazes de atenuar o efeito do estímulo doloroso. A deficiência de serotonina está implicada nas síndromes dolorosas periféricas e centrais, levando a hiperalgesia (50). Polimorfismos específicos no gene transportador da serotonina e da enzima catechol-O-methyltransferase, responsável pela inativação de catecolaminas, têm sido associados a fibromialgia (54,55). Já a substância P, um neurotransmissor excitatório produzido no corno posterior da medula, é capaz de amplificar o impulso conduzido pelas fibras aferentes, aumentando a sensação de dor (48). O aumento dos níveis de substância P já foi demonstrado no líquido cerebroespinal de portadores de fibromialgia em comparação a controles saudáveis (56).

Sabe-se que a fibromialgia compartilha anormalidades no processamento da dor com outras síndromes dolorosas crônicas (por exemplo: dor lombar, enxaqueca) e, quando comparados a estes grupos, os pacientes com fibromialgia apresentam diminuição do limiar de dor mecânico e térmico, maiores escores de dor para estímulos dolorosos e alteração na integração do estímulo doloroso no sistema nervoso central, já demonstrada através de neuroimagem (57-61).

O outro mecanismo fisiopatológico central na fibromialgia é disregulação nos eixos neuroendócrinos. A fibromialgia chega a ser caracterizada como um transtorno da resposta ao estresse (34) mediado por alterações tanto no sistema nervoso simpático (62) como no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) (62-68). O estresse e a dor vêm sendo representados através de um continuum na população geral e clínica, com a fibromialgia sendo o extremo deste espectro (69).

Na resposta normal ao estresse há um aumento do fator liberador da corticotrofina (CRF) em nível central, promovendo a liberação de corticotrofina pela hipófise que por sua vez levará ao aumento da adrenalina e do cortisol circulantes liberados pela adrenal. No caso de uma resposta normal, estes níveis voltarão ao basal algumas horas após o término do estressor (70,71).

Uma das principais questões de pesquisa na última década diz respeito ao papel do efeito tóxico dos glicocorticóides no desenvolvimento de uma resposta anormal versus uma disfunção prévia do eixo HHA. O papel tóxico dos glicocorticóides ganha importância principalmente quando pensamos em traumas precoces, especialmente aqueles ocorridos antes dos três anos de idade, quando as células do hipotálamo são particularmente sensíveis ao seu efeito (72,73). Os efeitos do trauma infantil podem ser mediados por hiper ou hipoativação do sistema de resposta ao estresse, que pode ocasionar efeitos deletérios nos sistemas neuropsicológicos corporais (74-76) através da disregulação do eixo HHA (26,53). Estudos em animais (77) têm demonstrado que o estresse crônico ou traumático durante o desenvolvimento pode produzir alterações neurobiológicas na respostas ao estresse em seres adultos. Tanto a aumento quanto a diminuição dos níveis de cortisol após estímulo traumático

ou estressante têm sido relatados em crianças maltratadas (78). Hipocortisolemia tem sido identificada em meninas sexualmente abusadas (79). De forma similar, adultos que foram sexualmente abusados quando crianças demonstram maior supressão da produção de cortisol após administração de dexametasona, possivelmente indicando um aumento da inibição por feedback do eixo HHA (80). Crianças negligenciadas demonstram secreção global de cortisol alterada (78,81). Agrupando estas informações, os dados suportam a noção de que a função HHA no adulto pode ser alterada por experiências traumáticas na infância.

Especificamente na fibromialgia, foi relatada uma diminuição da secreção do hormônio de liberação da corticotropina (82); uma resposta exagerada do hormônio adrenocorticotrópico ao hormônio de liberação da corticotropina; uma resposta atenuada do cortisol ao hormônio adrenocorticotrópico (63,64) e uma resistência central ao feedback dos glicocorticóides (67), juntamente com padrões circadianos atípicos da secreção do cortisol.

Uma etiologia única da fibromialgia não encontra apoio nos fatos clínicos e tampouco nas pesquisas. Sabe-se que é mais comum em parentes de pacientes com fibromialgia, sugerindo uma contribuição genética e comportamental (83). São necessárias mais pesquisas para determinar a etiologia desta condição.

Em acordo com a capacidade de provocar um impacto deletério provocado pelo trauma na infância sobre a saúde, descritos pela biologia, estão algumas teorias psicanalíticas e psicossomáticas da formação de sintomas. Para a psicanálise, trauma é a percepção de um estado de hiperexcitação

psíquica. Este pode ser provocado por estímulos externos (abuso físico, sexual ou emocional) ou internos (excitações corporais) de grande intensidade, somados à incapacidade de transformar e representar este estado no aparelho psíquico. A capacidade de representar deve ser entendida como mais do que uma simples memória do que foi percebido pelos órgãos dos sentidos, implica em um investimento dos traços mnêmicos e em um trabalho de elaboração psíquica. Para Freud (1926), trauma é definido como uma quantidade excessiva de excitação que rompe o escudo protetor, suscitando uma angústia intensa e a paralisação subjetiva, o que certamente interfere na constituição do superego que tem no desamparo um de seus determinantes de origem (84). Desta forma, o trauma não se define apenas nem pela intensidade e nem pelo conteúdo. Segundo Marty (1993) os traumas se definem pela quantidade de desorganização que produzem. Assim, a criança, pela imaturidade do aparelho psíquico e da pouca capacidade de organização, terá menor possibilidade de ter respostas adequadas a uma situação de excesso de excitações do que um adulto (85).

No início da vida, é a mãe quem deve mediar os processos de organização mental para o bebê. Assim, progressivamente, o bebê, depois a criança, tomará para si os poderes de organização, permitindo que as funções (somáticas, psicossomáticas e psíquicas) evoluam de sistemas mais simples para sistemas cada vez mais complexos. Esta “função materna”, extremamente complexa, tem sido objeto de estudo de diversos autores, entre eles Bion (1957,1961) que descreveu a função continente na base da qual estaria a gênese da capacidade de pensar do bebê: a mãe transforma as experiências emocionais intoleráveis do bebê em experiências assimiláveis

pelo seu aparelho mental primitivo (86,87). Falhas nesta “função materna” ao longo do desenvolvimento do bebê e da criança produzem organizações psíquicas mal-estruturadas com marcada insuficiência do funcionamento mental. Nestas situações, o refúgio em uma solução somática é freqüente, o que causa curtos-circuitos em qualquer elaboração psíquica, como nos *acting-outs* dos pacientes borderline (88).

Nas últimas décadas, diversas pesquisas foram realizadas com o objetivo de desenvolver métodos que aumentassem a acurácia na investigação de traumas infantis. Entretanto, muitas medidas de trauma focavam unicamente em abuso sexual ou físico, ignorando outras formas de vitimização, como maus-tratos emocionais, e conferindo ao trauma na infância a qualidade de um fenômeno “tudo ou nada”. Assim, desconsiderando os aspectos dimensionais dos eventos traumáticos, como sua freqüência, severidade ou duração, que podem ter um papel crucial no impacto psicológico do indivíduo.

Frente a essas limitações, Bernstein et al. (1998) desenvolveram o instrumento auto-aplicável Questionário sobre Trauma na Infância (CTQ) (89) o qual analisa componentes traumáticos ocorridos na infância, considerando cinco dimensões de trauma: abuso emocional (AE), abuso físico (AF), abuso sexual (AS), negligência emocional (NE) e negligência física (NF). A versão breve do CTQ é constituída por vinte e oito itens, dos quais vinte e cinco itens avaliam cada uma das cinco dimensões traumáticas (com cinco itens cada) e três fazem parte de uma escala de minimização/negação (90). Esta versão demonstrou consistência interna em inúmeras amostras (91) e está validada para o português (92).

Para Bernstein e Fink (1998) AE é o ataque verbal ao senso de valor ou de bem estar de uma criança, ou qualquer comportamento humilhante, desrespeitoso dirigido a uma criança por um adulto ou pessoa mais velha; AF é o ataque corporal a uma criança por um adulto ou pessoa mais velha que a coloque em risco ou resulta em injúria; AS é o contato ou conduta sexual entre uma criança menor de 18 anos de idade e um adulto, ou pessoa mais velha; NE é a falha dos cuidadores em reconhecer as necessidades emocionais e psicológicas básicas, incluindo amor, senso de pertencer a, cuidado e suporte; e NF é a falha dos cuidadores no provimento das necessidades físicas básicas, incluindo comida, abrigo, agasalho, segurança e assistência à saúde (89,92).

A hipótese de que o trauma infantil é um fator crítico no desenvolvimento e no curso de alguns tipos de síndromes dolorosas na idade adulta tem gerado um corpo de pesquisa substancial. Embora ainda desconheça-se a natureza desta relação, sua força, sua significância clínica e os fatores que possam alterar esta relação (28).

Muitos estudos têm relatado altas taxas de trauma na infância em pacientes com fibromialgia, variando de 32 a 64% (22-24). A maioria dos autores relata uma prevalência aumentada de história de trauma em pacientes com fibromialgia em comparação a pacientes portadores de outras síndromes dolorosas crônicas (22-24), ainda que este achado não seja universal (29,93,94). Tanto abuso sexual na infância, como abuso físico ou sexual ao longo da vida (93) tem sido encontrado em taxas elevadas em portadores de fibromialgia. (22-24), juntamente com abuso e negligência emocionais ao longo da vida (24). Ciccone et al. (2005) encontraram uma associação

especificamente entre estupro, na infância e ao longo da vida, e o risco de fibromialgia na vida adulta (94).

Parece haver uma relação entre história de trauma e severidade dos sintomas (24,95). Evidências sugerem que pacientes que relatam experiências de abuso na infância têm sintomas físicos mais severos, maior disfunção e pior ajustamento psicológico (29,96) e utilizam mais os serviços de saúde. (93).

Por se tratar de uma doença de elevada prevalência, etiologia desconhecida, com grande impacto negativo na qualidade de vida e na funcionalidade de seus portadores e ainda com terapêuticas insatisfatórias, se faz necessário o aprofundamento no conhecimento dos fatores que pioram o impacto da fibromialgia na vida de seus portadores. Acredita-se que neste caminho, no futuro, serão encontradas formas de diminuir este impacto e terapêuticas mais efetivas.

4. Justificativa

A fibromialgia é uma doença de elevada prevalência, etiologia desconhecida e de terapêuticas insatisfatórias. Apresenta grande impacto na qualidade de vida e na funcionalidade de seus portadores.

Sabe-se muito pouco sobre seus mecanismos fisiopatológicos, bem como os fatores capazes de alterar seu curso clínico. Alguns trabalhos publicados até o momento demonstram associação entre a fibromialgia e história de trauma na infância, sem, contudo esclarecer a natureza desta relação. Ainda são desconhecidos a força desta relação, sua significância clínica e os fatores que possam interferir na mesma. As teorias psicanalíticas fundamentam a hipótese de que o trauma infantil está associado a manifestações psicossomáticas, embora a mesma não tenha sido substancialmente testada. Não dispomos de estudos que avaliem a inter-relação entre fibromialgia, trauma infantil de depressão, sendo esta última uma condição prevalente entre os fibromiálgicos e também associada à história de trauma na infância.

Conhecendo melhor o tipo de relação entre a fibromialgia e os fatores associados à fibromialgia, bem como os caminhos biológicos e psicodinâmicos percorridos pelo trauma, poderemos avançar na busca de terapêuticas efetivas para esta síndrome que provoca tanto sofrimento em seus portadores.

5. Hipóteses

A hipótese em estudo é de que a história de trauma na infância está associada à formação de sintomas físicos e à perda de funcionalidade nas mulheres com fibromialgia na vida adulta, independente da comorbidade com depressão.

6. Objetivo Geral

Avaliar a influência do trauma na infância na apresentação clínica da fibromialgia em mulheres adultas que procuram o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

7. Objetivos Específicos

- Avaliar a influência de fatores clínicos e sócio-demográficos na relação entre auto-relato de trauma na infância e funcionalidade na vida adulta das mulheres com fibromialgia;
- Avaliar o tipo de associação entre auto-relato de trauma na infância na funcionalidade de mulheres adultas com fibromialgia;
- Avaliar a influência da depressão na relação entre auto-relato de trauma na infância e funcionalidade na vida adulta das mulheres com fibromialgia, controlando para possíveis fatores de confusão como idade e uso de medicações psicotrópicas.
- Revisar a literatura psicanalítica sobre a associação entre trauma na infância e a formação de sintomas.

8. Artigo 1

The Childhood Trauma Association with Loss of Functionality

Ana Paula M. Filippon, Diego G. Bassani, Rogério W. de Aguiar and Lúcia

Helena F. Ceitlin

Abstract

OBJECTIVE: This study aims to investigate whether the presence of childhood trauma history is associated with loss of functionality in adult women with fibromyalgia (FM). A second objective was to determine whether there was any difference between depressed and non-depressed adult women with FM in a regression model for functionality. **SUBJECTS AND METHODS:** One hundred fourteen adult women with FM according to the American College of Rheumatology diagnostic criteria answered the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). All subjects were interviewed by trained psychiatrists and evaluated by the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Brazilian version 5.0.0 for the diagnosis of depression. Clinical interview also collected demographic and clinical data. Correlation and regression models were used to investigate associations between childhood trauma and loss of functionality among patients with fibromyalgia. The sample was stratified by presence and absence of clinical depression. **RESULTS:** Overall, childhood trauma was associated with

of loss of functionality in adult women with FM. When stratified by depression, the regression model significantly increased its association for the group of non-depressed patients, even adjusting for age and use of psychotropic medication.

CONCLUSIONS: Childhood trauma was importantly associated with functionality loss among adult women with FM. The associations were more pronounced among subjects without co-morbid depression.

Key words: Fibromyalgia, Child Abuse, Depression and Activities of Daily Living

Introduction

Fibromyalgia (FM) is a nonarticular rheumatic disease characterized by diffuse, musculoskeletal chronic pain and tenderness on palpation of tendinomusculoskeletal sites called “tender points.” It has been demonstrated that FM patients complain of greater disability when compared to patients with other chronic pain disorders, such as complex regional pain syndromes and chronic low back pain (1). Also, their quality of life is negatively affected as has been observed among patients with rheumatoid arthritis (2).

The relationship between FM and depressive disorders (DD) is controversial. FM has been considered a variation of DD (3). It has been hypothesized that FM may be part of a spectrum of affective disorders, along with major depressive disorder, dysthymia, anxiety disorders, bulimia nervosa, irritable colon syndrome, and headaches, among others (4). Overlapping of some FM and DD symptoms corroborate this hypothesis (i.e. fatigue, sleep

disorders, anxiety), as do the similar polymorphisms in genes of the serotonergic, dopaminergic, and catecholaminergic systems reported in both entities (5), the FM response to antidepressants (6), and the occurrence of FM among individuals with familial history of affective disorders (4).

The precise etiology of FM is unknown. Sensitization of central pain processing mechanisms (7), possibly due to a dysregulation of the central stress response, seems to be a decisive element in the genesis of FM (8). Since the last decade, many authors have suggested an association between childhood trauma and FM (9-11). The neurobiological effects of early trauma may be mediated by chronic under- or over-activation of stress response systems, which may have deleterious effects on neurophysiological body systems (12,13) via dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis (8,10). Both distress and pain have been demonstrated to exist as a continuum in the general population and in the clinic, with FM at the extreme end of the spectrum (14). Therefore, it is supposed that FM and DD are distinct entities that share common risk factors (15) and frequently coexist (16) in agreement with the work groups of the DSM-V, which consider FM as a functional syndrome (17).

However, there are some studies concerning the association between FM and childhood trauma that produced opposite results. Boisset-Piolo et al. found that childhood sexual abuse and physical abuse were reported more often by female patients with FM than by a comparable group without FM (9). In another case-control study, Walker et al., using the CTQ, identified higher rates of self-reported sexual, physical and emotional abuse, and emotional neglect in FM, compared to rheumatoid arthritis (11). Similar results were found by

Imbierowicz and Egle, using a similar FM group, with “explained pain” as the control (10). By contrast, Taylor et al. failed to find an association between sexual abuse and FM, compared to healthy controls (18). This last study examined the lifelong history of sexual abuse, not childhood abuse. All of the four former studies were carried out in clinical settings. Furthermore, there are studies examining nontreatment-seeking samples. Alexander et al. conclude that lifelong sexual and physical abuse are “more strongly associated with seeking health care than with the FM itself” (19). Another study on a community sample, which only looked for sexual and physical abuse, failed to find the association between childhood trauma and FM (20).

There also appears to be a consistent relationship between trauma history and FM symptom severity (11). Some studies suggest that patients reporting childhood trauma, experience greater psychological distress, have more severe physical symptoms, greater functional disability, poorer psychological adjustment (18,21), and utilize more health care services and pain medication usage (19). Patients with high tender point counts are more likely to have experienced adverse childhood experiences, such as loss of a parent or abuse (22). However, the impact of a history of childhood trauma on the functionality of FM patients in adult life has received little attention in the literature, and there are few studies exploring its relationship with diagnosis of DD. The failure to use psychometrically validated dimensional instruments to measure functionality loss has been a particular difficulty in previous studies of FM.

The objective of this study is to analyze the impact of self-reports from various types of childhood trauma on the adulthood clinical picture of FM,

stratifying by the presence of major depression, and adjusting for age and use of psychotropic medication.

Subjects and Methods

Sample

The sample comprised of all female patients who sought medical care at the Pain and Palliative Care Department Program in the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, and who fulfilled the American College of Rheumatology diagnostic criteria for FM (23) in the period from April 2005 to April 2006, and from June 2007 to November 2007. Patients under the age of 18 or illiterates were excluded. A total of 145 patients were considered eligible and 114 (79%) completed the interviews and are included in the present analysis. No one who met inclusion criteria refused to participate in the study. We failed to find twenty-one patients to administer the complete interviews, because some of them had locomotion disability and incorrect contact numbers. Demographic data from patients who completed the assessment were compared to those of patients who did not complete the assessment, and with the differences not being significant (data not shown).

The study has been approved by the Research and Ethics Committee of the HCPA by the number 05-330, and all patients signed an informed consent form before entering the study.

Assessments

Demographic and clinical data were collected during individual interviews. All patients were inquired about the presence of comorbid pain condition and use of psychotropic medications. Were considered psychotropic medication use the daily use of any dosage of anticonvulsivants, antidepressants, antipsychotics, benzodiazepines and lithium. Self-report questionnaires were completed in a private room.

Childhood Trauma

Childhood trauma was measured using the short form of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (24). The CTQ is a 28-item, self-report measure widely used to assess history of childhood abuse and neglect. It assesses the experience of different types of abuse and neglect, with five items measuring each type of trauma on a 5-point scale ranging from "never true" to "very often true." The scale yields a total score and five subscale scores, including the following domains: (1) childhood physical abuse - physical aggression by someone older, with the risk of or the result of lesions; (2) childhood emotional abuse - verbal aggression that affects the welfare or morale of the child, or any conduct that humiliates, embarrasses, or threatens the child; (3) childhood sexual abuse - any type of sexual contact or conduct between a child and someone older; (4) childhood emotional neglect - failure of caretakers to provide for basic emotional and psychological needs, such as love, motivation and support; and (5) childhood physical neglect - failure of caretakers to provide for basic physical needs, such as feeding, home, security, supervision and health (24,25). The scale has demonstrated internal consistency in numerous

clinical samples, with reliability coefficients ranging from .95 (sexual abuse) to .60 (physical neglect subscale). Test-retest reliability after a period ranging from 1.6 to 5.6 months was between .79 (physical neglect) and .81 (sexual abuse and emotional neglect) (26). This study used the Portuguese version of this instrument (27). In the present study, childhood trauma was categorized according to the cut-off points recommended by Bernstein and Fink (25).

Functionality

The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) was used to score functionality of the patients (28). The FIQ consists of 10 self-report questions. The scores of each item are standardized on a scale ranging from 0-10, with higher scores indicating a higher level of impairment. The FIQ is validated for the Portuguese language and has shown to be a reliable and valid instrument to measure the functionality and the health status of fibromyalgia patients in Brazil (29). Based on data obtained by Cacace et al., total score values ≥ 66.85 were classified as moderate to severe dysfunction (30).

Depression

Subjects were evaluated by clinical interview and by the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) – Brazilian version 5.0.0 – based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV), a standardized and structured diagnostic interview (31). The MINI, which was applied by trained psychiatrists and evaluates the main Axis I Psychiatric Disorders according to the DSM-IV criteria, is widely used in clinical and research evaluations.

Statistical Analysis

Patients with functionality scores ≥ 66.85 were compared to the group of patients with scores < 66.85 (30). Data were analyzed using SPSS for Windows 15.0 and Stata 10.0. Quantitative variables were described by mean and standard deviation. Categorical variables were described by percentage relative frequency. Quantitative variables between functionality categories were compared using Student's *t* test for independent samples, and the chi-square test for categorical variables. All analyses were two-tailed, and the level of significance was set at 0.05. To facilitate analysis, the CTQ total score was categorized into tertiles, and for each tertile we report the corresponding functionality rates.

A multiple linear regression analysis was performed to evaluate the relationship between functionality (dependent variable) and different forms of trauma (factors being studied). The sample was stratified by presence or absence of depression. Depression was defined according to DSM-IV criteria for major depressive episode at the time of the interview. The analysis was adjusted for use of psychotropic medication and age.

Results

Fifty individuals (43.9%) in the sample had moderate to severe functionality loss caused by FM. Table 1 shows the description of the sample, comparing the group with mild-, to that of moderate- to severe-functionality loss. There was no significant difference between both groups regarding

sociodemographic characteristics or presence of pain comorbidity. Patients with moderate to severe functionality loss reported more frequent use of psychotropic medication (81.3%; $p < 0.003$), and over 80% were classified in the upper two tertiles of childhood trauma scores. Conversely, nine in every ten patients reporting mild functionality loss were classified in the lower two tertiles of childhood trauma scores ($p < 0.001$).

The most prevalent forms of self-reported childhood abuse and neglect were Emotional Neglect (75.4%) and Physical Neglect (75.4%), followed by Emotional Abuse (69.3%), Physical Abuse (54.4%) and Sexual Abuse (35.1%). One hundred and ten individuals (96.5%) reported at least one type of childhood trauma. Table 2 shows these numbers stratified by loss of functionality and depression.

The linear regression model (Table 3) reveals a significant decrease in functionality in the presence of any level of Emotional Neglect, and moderate to severe levels of Emotional Abuse, Physical Abuse, Physical Neglect and Sexual Abuse, when compared to those reporting the lowest scores (i.e. category 'no'). When the sample was stratified according to the presence of depression, the association of trauma scores with functionality loss was more marked in all of the above categories for patients without depression, compared to those with. These patterns were less pronounced for Sexual Abuse, likely due to the relative low prevalence of self-reports which had a strong influence in the estimates, especially when the sample was stratified (due to increase in the variance in the resulting sub-samples).

The regression model using CTQ total score as the independent variable showed an association of trauma scores with functionality loss. This association

was also more pronounced in the group of patients without depression, when compared to the group reporting for it (Table 3).

Table 4 shows the results of the linear regression model estimating the association between functional loss and trauma scores adjusted for age and use of psychotropic drugs. Severe forms of Emotional and Physical Abuse were strongly associated with functionality loss in both depressed and non-depressed groups, moderate forms were associated with decreased functionality only in the non-depressed group, and mild forms of Emotional and Physical Abuse were not associated with this outcome in any of the groups studied. All intensities of Emotional Neglect were strongly associated with functionality loss in the non-depressed group. In the depressed group, Emotional Neglect was associated with functionality loss only in severe the status, and in a less marked way. Physical Neglect was not associated with loss of functionality in the depressed group, but was significantly associated with this outcome in moderate to severe forms. Sexual abuse was not significantly associated with loss of functionality, except for its moderate forms in the non-depressed group.

Discussion

Our study indicates that self-reported trauma in childhood is strongly associated with functionality loss among adult women with FM, even after controlling for age and use of medication. Our findings are in agreement with previous studies in tertiary care patients that found an association between FM and childhood trauma (9-11). We also confirm and extend findings suggesting that childhood trauma predicts more severe presentations of FM (11, 18, 21). The strongest association between functionality loss and neglect forms of

trauma, when compared to abuse forms, may express a most harmful effect of neglect in FM presentation.

Furthermore, our results reveal that such association is even more pronounced in the non-depressed patients, when compared to those with depression. These findings, which have not been previously reported in the literature, are of great interest and deserving of careful consideration.

We observed a different pattern of association of childhood trauma scores with functionality among individuals with depression, in opposition to those without depression (Figure 1). This suggests that in the presence of childhood trauma, some individuals (non-depressed) develop more severe forms of functionality loss than others (depressed). Among other individuals (mainly non-depressed), we observed a clear gradient (of functionality loss) as the trauma scores increase, suggesting they may be expressing trauma consequences in a somatic (physical) mode through functionality loss. In parallel, other individuals may express the consequences of such events in a more psychological mode, such as depression. We suspect that these latter individuals are the ones classified as depressive in our sample, and who show a less clear gradient of functionality loss, but still significant in severe forms of trauma as the trauma scores increase.

It is known that childhood trauma is a risk factor for many pathological conditions, such as depression (32) and chronic fatigue syndrome (33), and is associated with suicide attempts, multiple sexual partners, sexually transmitted diseases, smoking, alcoholism, physical inactivity, severe obesity, ischemic heart disease, cancer, chronic lung disease, skeletal fractures, liver disease (34), and posttraumatic stress disorder (35). However, childhood trauma does

not always lead to impairing conditions, and if it does, these conditions are not always the same. Genetic predisposition may influence the degree of susceptibility of the individual to the effects of early trauma, possibly by influencing the brain's response to stress, and may also determine the pathological entity to which the individual is rendered vulnerable as a consequence of the stress.

The type of trauma and the perpetrator are, most likely, also implicated in the consequences, and additionally, its intensity and duration are important factors. Nevertheless, according to the Paris Psychosomatic School, trauma is a state of mental hyper-excitement that cannot be defined through its intensity and/or content; it is defined, instead, by the amount of disorganization produced (36). This is why resiliency factors must be taken into consideration. Resilience is the individual ability of recovering from a traumatic event. This concept is borrowed from physics where it originally refers to the ability of regaining an original shape after being affected by some sort of force. The definition of resilience in psychodynamics is a dynamic process that encompasses positive adaptation within a context of important adversity. The child, due to the immaturity of his/her mental apparatus, and because of his/her reduced organizational capacity, will have lower chances of responding adequately to excessively exciting situations when compared to an adult. According to Aisentein (2006): "There is a whole range of possible failures of psychic structuring caused by early trauma, experienced perhaps before even the acquisition of language. In such cases, character traits to attachment to narcissistic values serve instead of purely mental defenses. Recourse to a

somatic solution is frequent, and this short-circuits any psychic working through (...) (37)”

This theory may explain our observation that childhood trauma among the non-depressed subgroup was markedly associated with severe function loss, while this pattern was not as clear when depression was present. In fact, only the more severe scores of trauma translated into functionality loss among the depressed group. Thus, there may be important differences in FM natural progression and consequences that may have been interpreted by some authors as different entities, sometimes referred to as different FM subtypes. Muller et al. (2007) suggested that it is possible to distinguish between a subgroup with high pain sensitivity without an associated psychiatric diagnosis (and possibly associated with rheumatologic inflammatory condition), a second one with comorbid pain-related depression, a third subgroup characterized by depression with concomitant FM, and a fourth group with somatoform pain disorder of the FM type (38). In the second subgroup, depression comes after the FM beginning, and in the third subgroup FM comes after depression. We did not collect data to distinguish these possible subtypes in our sample. However, it is arguable that the depressed individuals fall under the second (co-morbid pain related depression) as well as the third (depression with concomitant FM) group, and that most of the non-depressed individuals belong to the group with somatoform pain disorder. This would explain the stronger association between early trauma and functionality loss among non-depressed.

Because the association of childhood trauma scores with functionality loss is stronger in the group of patients without depression, another possible explanation is that depression is either a confounding factor or an effect

modifier, since it is also associated with history of childhood trauma, and may result in functionality loss that can be measured using the FIQ only when the severity of depression is very high (32). This hypothesis is supported by the estimates obtained in our stratified analysis that are substantially different between both sub-groups, and justifies our choice for stratification. Further studies (preferably longitudinal) on the role of depression in the association of childhood trauma with functionality loss are needed.

This sample had an extremely high prevalence of childhood trauma: 96.5% showed some type of trauma, even if at a mild intensity. This finding may have been influenced by selection bias (1) or our choice of categorization (2):

1 - The use of a convenience sample, from a high complexity pain treatment center that is known to attract patients with a history of childhood trauma, as opposed to patients without it (19). Finestone also observed that patients with a history of childhood trauma are more likely to seek health treatment in general, when compared to the overall population (39). Such behavior may have caused a selection bias in our sample, resulting in the high prevalence of trauma observed.

2 - The cut-off points used for trauma scores were defined by Bernstein and only studied in American populations (25). It is assumed that the cut-off points are different for the Brazilian population, possibly higher. If this is correct, the prevalence of trauma is likely to be lower. Nevertheless, we also analyzed the association of trauma scores with functionality loss using the continuous trauma scale, and the results are consistent with the categorized analysis.

Another limitation of the study is its retrospective design, with the use of self-report data about childhood trauma that could result in recall bias. However,

a recent meta-analysis of studies using external corroboration of self-reports revealed that false-negative reports are more frequent than false-positive ones, leading to downward biases in estimated associations between early adversity and outcome variables. To increase the validity of self-reports, validated psychometric instruments must be used (40). Our sample has a very high prevalence of self-report trauma (96.5%), and even if false-negative reports were present, the prevalence of such bias was, at maximum, of 3.5%.

Despite all limitations, this study provides evidence that history of childhood trauma is associated with functionality in FM, and should be evaluated as an important predictive factor of loss of functionality in adult women with FM, especially in those without comorbid major depression.

Further research in this area will allow for a better understanding of FM heterogeneity, and different response patterns. In addition, the hypothesis that traumatized children may manifest different syndromes throughout their development, and that these may have diverse consequences should be further studied. For reasons yet to be determined, some individuals with FM manifest severe functional loss and others manifest depression with less marked physical functional loss, although it is still significant in severe forms of trauma. New studies are also required to elucidate the pathophysiology, as well as development of strategies for preventing and treating FM. The impact of childhood trauma and the role of depression on the clinical course of FM and response to treatment should be further evaluated. The systematic study of the FM natural history, including psychological and neuroendocrine, as well as psychosomatic pathways that early trauma causes since childhood to result in extensive damages during the life time of those patients could facilitate the

search for effective interventions. The findings regarding the childhood trauma area should be highlighted because of their significance in detection and prevention practices, and to also stimulate further study from various perspectives into this complex disease.

References

1. Verbunt JA, Pernot DH, Smeets RJ: Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes* 2008; 22:1-8.
2. Ofluoglu D, Berker N, Güven Z, Canbulat N, Yilmaz IT, Kayhan O: Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2005 24:490-492.
3. Blumer D, Klerman GL: Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain prone disorder. *J Nerv Ment Dis* 1982; 170:381-406,
4. Hudson JI, Mangweth B, Pope HG Jr, De Col C, Hausmann A, Gutweniger S, Laird NM, Biebl W, Tsuang MT: Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:170-177.
5. Buskila D, Sarzi-Puttini P: Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther* 2006 ;8:218.
6. Bennett RM: Fibromyalgia and the facts. Sense or Nonsense. *Rheum Dis Clin North Am* 1993; 19:45 -59.
7. Bennett R. Fibromyalgia: present to future: *Curr Pain Headache Rep* 2004; 8:379-384.
8. Weissbecker I, Floyd A, Dedert E, Salmon P, Sephton S: Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31:312-324.
9. Boisset-Piolo MH, Esdaile JM, Fitzcharles MA: Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*1995; 38:235-241.
10. Imbierowicz K, Egle UT: Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain* 2003; 7:113-119.

11. Walker EA, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D: Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59:572–577.
12. McEwen BS: Protective and damaging effects of stress mediators: allostasis and allostatic load. *The New England Journal of Medicine* 1998; 338:171–179.
13. Sapolsky RM: Glucocorticoids, stress, and their adverse neurological effects: relevance to aging. *Experimental Gerontology* 1999; 34:721–732.
14. Winfield JB: Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheum* 2001; 44:751-753.
15. Fietta P, Fietta P, Manganelli P: Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed* 2007; 78:88-95.
16. Thieme K, Turk DC, Flor H: Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic medicine* 2004; 66:837-844.
17. Wessely, S., Somatic Presentations of Mental Disorders (September 6-8, 2006). The working groups of DSM V. Available in: <
<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ConferenceSummaries/SomaticPresentationsofMentalDisorders.asp> > posted: 2/1/2008 4:06:39 PM. Assessed on: 5/2/2008.
18. Taylor ML, Trotter DR, Csuka ME: The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1995; 38:229–234.

19. Alexander RW, Bradley LA, Alarcón GS, Triana-Alexander M, Aaron LA, Alberts KR, Martin MY, Stewart KE: Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res* 1998; 11:102-115.
20. Ciccone DS, Elliott DK, Chandler HK, Nayak S, Raphael KG: Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain* 2005; 21:378-386.
21. Walen HR, Cronan PA, Bigatti SM: Factors associated with healthcare costs in women with fibromyalgia. *Am J Manag Care* 2001; 25:39-47.
22. McBeth J, Macfarlane GJ, Benjamin S, Morris S, Silman AJ: The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum* 1999; 42:1397-1404.
23. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W: Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003; 27:169–190.
24. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, Fam AG, Farber SJ, Fiechtner JJ, Franklin CM, Gatter RA, Hamaty D, Lessard J, Lichtbroun AS, Massi AT, McCain GA, Reynolds WJ, Romano TJ, Russell IJ, Sheon RP: The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33:160-172.

25. Bernstein DP, Fink L: Childhood Trauma Questionnaire - A retrospective self-report - Manual. San Antonio: The Psychological Corporation; 1998.
26. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, Sapareto E, Ruggiero J: Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1132-1136.
27. Grassi-Oliveira R, Pezzi JC, Stein LM: Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saude Publica* 2006; 40:249-255.
28. Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM: The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991; 18:728-733.
29. Marques AP, Santos AMB, Assumpção A, Matsutani LA, Lage LV, Pereira CAB: Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rv Brás Reumatol* 2006; 46:24-31.
30. Cacace E, Ruggiero V, Anedda C, Denotti A, Minerba L, Perpignano G: Quality of life and associated clinical distress in fibromyalgia. *Reumatismo* 2006; 58:226-229.
31. Amorim P: Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira Psiquiatria* 2000; 22:106-115.
32. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF: Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord* 2004; 82:217-225.

33. Heim C, Wagner D, Maloney E, Papanicolaou DA, Solomon L, Jones JF, Unger ER, Reeves WC: Early adverse experience and risk for chronic fatigue syndrome: results from a population-based study. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63:1258-1266.
34. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, Marks JS: Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14:245-258.
35. Widom, C.S.: Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry* 1999; 156:1223-1229.
36. Marty P. *A psicossomática do Adulto*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
37. Aisenstein M: The indissociable unity of psyche and soma: a view from the Paris Psychosomatic School. *Int J Psychoanal* 2006; 87:667-680.
38. Müller W, Schneider EM, Stratz T: The classification of fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int* 2007; 27:1005-1010.
39. Finestone HM, Stenn P, Davies F, Stalker C, Fry R, Koumanis J: Chronic pain and health care utilization in women with a history of childhood sexual abuse. *Child Abuse Negl* 2000; 24:547-556.
40. Hardt J, Rutter M: Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45:260-273.

Table 1 - Sociodemographic and Clinical Characteristics of 114 Fibromyalgic Patients, Classified in Terms of Functionality by Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF)

	Functionality Mild Loss of Functionality QIF<66.85 n = 64 (56.1%)	Moderate/Severe Loss of Functionality QIF≥66.85 n = 50 (43.9%)	p-value
Age			
mean (s .d.)*	49.6 (1.70)	49.4 (1.32)	0.099
Ethnicity			
Caucasian	78.0	87.5	0.177
Non-Caucasian	22.0	12.5	
Marital Status			
Single	22.0	18.8	0.589
Married	58.0	51.6	
Separated/Divorced	12.0	21.9	
Widowed	8.0	7.8	
Education			
Less than primary	42.0	42.2	0.706
Primary	22.0	21.9	
Secondary	26.0	31.3	
College/university	10.0	4.7	
Occupation			
Student	0.0	3.1	0.330
Employed	50.0	50.0	
Disability Insurance	32.0	37.5	
Unemployed	10.0	7.8	
Retired	8.0	1.6	
Family Income			
Up to 1 minimum wage	6.0	17.2	0.112
Between 1 and 2 minimum wages	30.0	34.4	
Between 2 and 4 minimum wages	36.0	32.8	
Between 4 and 6 minimum wages	20.0	6.3	
More than 6 minimum wages	8.0	9.4	
Psychotropic			

medication **				
No	44.0		18.8	
Yes	56.0		81.3	
				0.003
Comorbid Pain Diagnose				
No	58.0		50.0	
Yes	42.0		50.0	
				0.395
Childhood Trauma				
1st tertile CTQ***	52.0		17.2	
2nd tertile CTQ***	38.0		32.8	
3rd tertile CTQ***	10.0		50.0	
				0.001

*Standard Deviation

**Daily use of any dose of Anticonvulsivants , Antidepressants, Antipsychotics and Benzodiazepines.

***Childhood Trauma Questionnaire total scores

Table 2 - Childhood Trauma Questionnaire Scores Stratified by the Presence of Major Depression and Classified in Terms of Functionality by Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF)

	Depressed			Nondepressed		
	Mild Loss of Functionality QIF<66.85 %	Moderate/Severe Loss of Functionality QIF≥66.85 %	Total %	Mild Loss of Functionality QIF<66.85 %	Moderate/Severe Loss of Functionality QIF≥66.85 %	Total %
Childhood Trauma						
1st tertile CTQ	36.4	18.6	24.6	64.3	14.3	42.8
2nd tertile CTQ	50.0	27.9	35.4	28.6	42.9	34.7
3rd tertile CTQ	13.6	53.5	40.0	7.1	42.9	22.5
Any Trauma						
Yes	95.5	100.0	98.5	89.3	100.0	93.9
No	4.5	0.0	1.5	10.7	0.0	6.1
Type of Trauma						
Emotional Abuse	54.5	83.7	73.8	53.6	76.2	63.3
Physical Abuse	45.5	67.4	60.0	32.1	66.7	46.9
Sexual Abuse	27.3	46.5	40.0	21.4	38.1	28.6
Emotional Negligence	72.7	83.7	80.0	50.0	95.2	69.4
Physical Negligence	81.8	79.1	80.0	53.6	90.5	69.4

Table 3 - Linear Regression Models Estimating the Association of Functional Loss by Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF) and Childhood Trauma Questionnaire Scores Stratified by the Presence of Major Depression

	<u>Depressed</u>			p-value	<u>Nondepressed</u>			p-value	<u>Total</u>			p-value
	Beta	95%CI			Beta	95%CI			Beta	95%CI		
Emotional Abuse												
no	ref				ref				ref			
mild	1.30	-(7.45; 10.04)	0.768		6.53	-(3.87; 16.94)	0.213		4.46	-(2.70; 11.62)	0.22	
moderate	7.65	-(2.36; 17.65)	0.132		20.00	(5.72; 34.28)	0.007		14.59	(5.80; 23.38)	0.001	
severe	17.20	(8.57; 25.83)	0.0001		19.57	(7.20; 31.93)	0.003		21.05	(13.50; 28.59)	0.0001	
Emotional Neglect												
no	ref				ref				ref			
mild	-4.10	-(13.75; 5.54)	0.398		19.71	(10.53; 28.88)	0.0001		9.03	(1.47; 16.59)	0.02	
moderate	7.97	-(2.64; 18.58)	0.138		23.08	(13.47; 32.69)	0.0001		16.75	(8.59; 24.91)	0.0001	
severe	11.71	(2.44; 20.98)	0.014		31.45	(21.57; 41.34)	0.0001		23.91	(16.41; 31.42)	0.0001	
Physical Abuse												
no	ref				ref				ref			
mild	1.76	-(10.10; 13.63)	0.768		4.95	-(7.29; 17.20)	0.42		2.90	-(6.21; 12.01)	0.529	
moderate	1.44	-(8.29; 11.16)	0.769		17.53	(2.73; 32.32)	0.021		9.64	(0.95; 18.32)	0.03	
severe	11.81	(3.52; 20.10)	0.006		18.84	(7.56; 30.11)	0.002		16.96	(9.83; 24.08)	0.0001	
Physical Neglect												
no	ref				ref				ref			
mild	2.07	-(10.57; 14.71)	0.745		-3.45	-(15.26; 8.36)	0.559		1.81	-(7.99; 11.61)	0.715	
moderate	2.28	-(8.00; 12.57)	0.659		21.53	(12.11; 30.95)	0.0001		12.91	(5.03; 20.80)	0.002	
severe	7.88	-(2.32; 18.08)	0.127		20.60	(10.61; 30.59)	0.0001		16.38	(8.40; 24.36)	0.0001	

Sexual Abuse

no	ref				ref				ref			
mild	8.97	-(2.79;	20.73)	0.132	6.92	-(7.39;	21.23)	0.335	8.19	-(1.59;	17.98)	0.1
Moderate	3.46	-(9.10;	16.02)	0.584	20.32	(3.22;	37.41)	0.021	11.28	(0.31;	22.24)	0.044
severe	9.05	-(0.12;	18.22)	0.053	9.92	-(7.18;	27.01)	0.249	12.75	(4.00;	21.50)	0.005

Total Trauma

1 tertile	ref				ref				ref			
2 tertile	1.80	-(6.81;	10.42)	0.677	19.36	(11.50;	27.23)	0.0001	12.30	(5.92;	18.67)	0.0001
3 tertile	14.20	(5.79;	22.61)	0.001	28.34	(19.37;	37.32)	0.0001	24.15	(17.65;	30.65)	0.0001

Table 4 - Adjusted Linear Regression Models Estimating the Association of Functional Loss by Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF) and Childhood Trauma Questionnaire Scores Stratified by the Presence of Major Depression (Adjusted for Age and Use of Psychotropic Medication*)

	<u>Depressed</u>			<u>Nondepressed</u>			<u>Total</u>		
	Beta	95%CI	p-value	Beta	95%CI	p-value	Beta	95%CI	p-value
Emotional Abuse									
no	ref			ref			ref		
mild	1.04	(-7.58; 9.65)	0.81	8.04	(-2.41; 18.49)	0.128	5.43	(-1.48; 12.35)	0.122
moderate	7.58	(-2.58; 17.74)	0.141	17.85	(3.59; 32.11)	0.015	14.74	(6.19; 23.29)	0.001
severe	16.54	(7.96; 25.11)	0.0001	20.47	(8.28; 32.65)	0.002	20.31	(13.03; 27.59)	0.0001
Emotional Neglect									
no	ref			ref			ref		
mild	-4.89	(-14.46; 4.68)	0.311	18.89	(9.56; 28.22)	0.0001	8.35	(0.88; 15.81)	0.029
moderate	8.19	(-2.29; 18.68)	0.123	21.67	(11.75; 31.58)	0.0001	15.89	(7.84; 23.93)	0.0001
severe	9.88	(0.51; 19.25)	0.039	30.65	(20.58; 40.73)	0.0001	21.91	(14.37; 29.45)	0.0001
Physical Abuse									
no	ref			ref			ref		
mild	2.36	(-9.35; 14.07)	0.688	4.41	(-7.71; 16.53)	0.4467	3.29	(-5.45; 12.03)	0.457
moderate	1.28	(-8.34; 10.90)	0.791	17.20	(2.63; 31.76)	0.022	9.61	(1.27; 17.95)	0.024
severe	11.27	(3.07; 19.46)	0.008	19.62	(8.54; 30.71)	0.001	16.53	(9.70; 23.35)	0.0001
Physical Neglect									
no	ref			ref			ref		
mild	3.79	(-8.71; 16.29)	0.546	-5.60	(-17.97; 6.77)	0.366	0.00	(-9.50; 9.50)	1
moderate	2.64	(-7.44; 12.73)	0.602	20.98	(10.66; 31.30)	0.0001	10.87	(3.15; 18.59)	0.006
severe	8.49	(-1.65; 18.63)	0.099	21.75	(10.94; 32.56)	0.0001	16.13	(8.27; 23.99)	0.0001
Sexual Abuse Score									
no	ref			ref			ref		

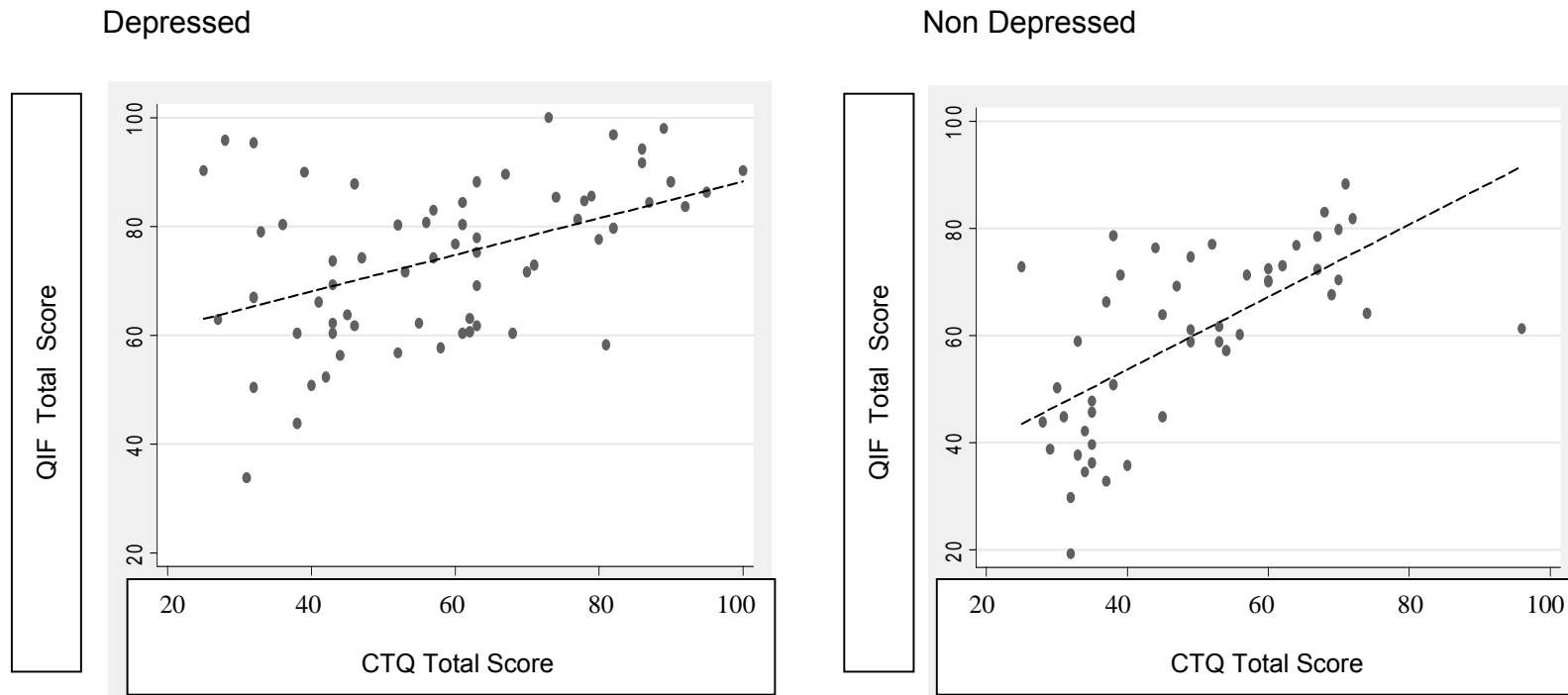
mild	9.53	-(1.97;	21.03)	0.103	4.44	-(10.17;	19.06)	0.543	6.99	-(2.55;	16.53)	0.149
moderate	2.97	-(9.32;	15.26)	0.63	18.37	(1.18;	35.56)	0.037	9.79	-(0.90;	20.49)	0.072
severe	9.14	-(0.02;	18.31)	0.05	11.17	-(6.71;	29.05)	0.214	11.31	(2.46;	20.15)	0.013

Total Trauma

1 tertile	ref				ref				ref			
2 tertile	1.72	-(6.78;	10.22)	0.688	17.98	(9.81;	26.14)	0.0001	11.23	(4.95;	17.50)	0.0001
3 tertile	13.62	(5.30;	21.95)	0.002	27.71	(18.63;	36.79)	0.0001	22.66	(16.22;	29.10)	0.0001

* Daily use of any dose of Anticonvulsivants , Antidepressants, Antipsychotics and Benzodiazepines

Figure 1 - Association of Functional Loss by Fibromyalgia Impact Questionnaire (QIF) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) Scores Stratified by the Presence of Major Depression in Adult Women with Fibromyalgia



Adjusted Linear Coefficient: 0.31 (95%CI 0.15;0.49) p=0.0001 n=65

Adjusted Linear Coefficient: 0.65 (95%CI 0.41;0.89) p=0.0001 n=49

9. Artigo 2 – Publicado na Revista Brasileira de Psicoterapia 2007;9(1):47-58.

Trauma Precoce e Manifestações Psicossomáticas

Precocious Trauma and Psychosomatic Manifestations

Ana Paula Mezacaza Filippon*, Lúcia Helena Freitas Ceitlin**

*** Médica, Especialista em Psiquiatria – Universidade Federal do rio Grande do Sul (UFRGS); Especialista em Psicoterapia de Orientação Analítica – Centro de Estudos Luis Guedes (CELG). Mestranda em Psiquiatria UFRGS.**

**** Médica Psiquiatra; Mestre em saúde pública pela Universidade de Harvard; Doutora em Medicina: Clínica Médica UFRGS; Professora adjunta do Depto. De psiquiatria e medicina legal da UFRGS; Graduada pela Sociedade Psicanalítica de porto Alegre.**

Endereço para correspondência:

Rua Marquês do Pombal 1900/1303

Bairro Moinhos de Vento

Cep: 90540-000

Fone/Fax: 3013-4490

e-mail: anafilippon@yahoo.com.br

Trauma Precoce e Manifestações Psicossomáticas

Resumo

O presente artigo apresenta uma revisão da literatura sobre a relação entre trauma precoce e manifestações psicossomáticas. Iniciará com uma breve revisão da teoria das pulsões, seguido do estudo do trauma precoce na economia psicossomática e das manifestações de insuficiência mental descritas pela Escola Psicossomática de Paris. Ao final, serão apresentadas ilustrações clínicas e contribuições técnicas ao tratamento destes pacientes.

Descritores: Transtornos Psicofisiológicos, Estresse Psicológico, Psicoterapia, Revisão [Tipo de publicação].

Precocious Trauma and Psychosomatic Manifestations

Abstract

This article presents a literature review about the relationship between precocious trauma and psychosomatic manifestations. It begins with short drive theory review, followed by a precocious trauma in the psychosomatic economy study and the mental insufficiencies described for the Paris Psychosomatic School. In the end it will be present some clinical illustrations and technical contributions to this patient's treatment.

Key words: Psychophysiological Disorders, Stress (Psychological), Psychotherapy, Review [Publication Type].

Introdução

A Psicossomática dirige-se a todos aqueles que procuram compreender melhor o que freqüentemente era considerado como as relações do corpo e do espírito. Interessa-se não só pela forma como os múltiplos aspectos psíquicos e somáticos da doença se entrecruzam, mas como estas relações se dão também em sujeitos normais ou com pequenos desvios da normalidade. Pierre Marty considera a psicossomática, hoje, como uma disciplina em si, distinguindo-a da medicina e também da psicanálise (1). Já Marília Aisenstein vê a psicossomática como a aplicação da psicanálise aos distúrbios corporais (2).

Experiências precoces de abuso físico, sexual ou emocional e negligência física ou emocional têm efeito sobre o bem estar físico e psicológico na vida adulta. Sintomas somáticos incluindo fadiga, insônia, dores nas costas, palpitação, ansiedade, inquietação e desconforto abdominal são queixas freqüentes de vítimas de abuso (3,4). Além disto, uma prevalência aumentada de traumas na infância tem sido relatada em pacientes com síndrome do cólon irritável (5), cefaléia crônica (6) e dor pélvica crônica (7) e fibromialgia (8,9,10).

Motivadas pelas correlações acima descritas e pela difícil abordagem clínica das manifestações psicossomáticas através da técnica clássica da psicoterapia de orientação analítica as autoras se propõem revisar o tema.

Teoria das pulsões: uma breve revisão

Segundo Marília Aisenstein (2006), uma solução perfeitamente convincente e única ao famoso problema mente/corpo, o dualismo

psique/soma, é oferecida pelas descobertas da Psicanálise. Pensa que ao transferir a dualidade psique/soma para a dualidade das pulsões, a Psicanálise estabelece a origem do processo de pensamento no conflito inicial. E diz, resumindo Freud: a confrontação não é entre o corpo e seus impulsos, por um lado, e a psique e seus desejos por outro; antes, forças contraditórias podem entrar em conflito em um único local somático (11).

O conceito de pulsão foi publicado por Freud pela primeira vez em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* 1905 (12), obra que foi modificada, corrigida e aumentada várias vezes até 1924. Em sua obra, pulsão é um conceito que é destinado a fazer a junção entre os domínios somático e psíquico: “Parece então que, uma pulsão é um impulso inerente a vida orgânica, a restaurar um estado anterior de coisas, impulso que a entidade foi obrigada a abandonar sob pressão de forças perturbadoras externas, ou seja, é uma elasticidade orgânica, ou, para dizê-lo de outro modo, a expressão da inércia inerente à vida orgânica”(14, p. 47). Não há em Freud um dualismo alma/corpo. Psíquico e somático são dois aspectos de um ser biopsíquico. Há limite entre eles mas não ruptura. Pulsional seria aquilo que, dos estímulos vindos do interior do corpo, se propaga por meio do aparelho psíquico até a elaboração de uma representação psíquica. “Pulsão deve ser entendida como um produto da própria experiência do sujeito, isto é, das vivências de satisfação ficam resíduos das representações de desejo, que estão sempre dispostas a recuperar a vivência de gratificação. Quando estas representações inconscientes são investidas, elas se esforçarão para obter satisfação, originando-se então a pulsão, que é um conceito situado entre o biológico e o psíquico” (15, p. 77).

É também nos *Três ensaios* que Freud traz pela primeira vez o conceito de conflito, como expressão de duas tendências de sentidos opostos que se chocam, no caso as duas pulsões (14). Inicialmente, enquanto trabalha com o princípio do prazer, postula que as duas pulsões que entrariam em conflito nas neuroses seriam as pulsões do ego ou de autoconservação em oposição às pulsões sexuais. Ao estudar o narcisismo, as pulsões sexuais passam a ser consideradas continuadoras da vida. O ego é investido de libido, sendo inclusive considerado o principal reservatório desta. Em sua obra, *Além do Princípio do Prazer* (15), estes dois grupos de pulsões, as do ego e as sexuais, passam a ficar de um mesmo lado, sob a égide de Eros como sinônimos de pulsão de vida, e a oposição passa a ser com a pulsão de morte. O novo dualismo pulsional entre pulsão de vida e pulsão de morte pode ser entendido pela função da pulsão de vida, em criar cada vez mais vínculos (ligação), unificar e lutar contra a tendência à destruição (desligamento) dos laços libidinais pela pulsão de morte.

O Trauma Precoce e a Economia Psicossomática

Em qualquer fase da vida, as funções somáticas, psicossomáticas e psíquicas têm a capacidade de integrar uma quantidade limitada de excitações pulsionais. Estas, quando em quantidades limitadas, impulsionam a dinâmica do indivíduo para os fenômenos do desenvolvimento progressivo (associações e hierarquizações funcionais sucessivas) e das ligações interfuncionais necessárias ao equilíbrio homeostático. Vemos aqui os sinais da pulsão de vida (ligação). Quando as excitações persistem em quantidades demasiado grande, a função ou os sistemas funcionais excessivamente excitados se desorganizam

(isolamento e anarquização funcionais). Aqui vemos o sinal da pulsão de morte (desligamento) (1).

Alem da excitação pulsional, formas de abuso físico, sexual ou emocional também promovem estados de hiperexcitação no aparelho psíquico. E quando falamos de negligência física e emocional, a hiperexcitação se dará por conta da sobrecarga causada ao aparelho psíquico da criança, uma vez que este, ainda imaturo, não tem condições de lidar com estímulos de grande intensidade, e tudo isto combinado com uma ineficiência da “função materna”. É a mãe quem deve mediar os processos associação e de hierarquização funcionais do bebê. Assim, progressivamente, o bebê, depois a criança, tomará para si os poderes de organização, permitindo que as funções (somáticas, psicossomáticas e psíquicas) evoluam do mais simples para sistemas cada vez mais complexos . Esta “função materna”, extremamente complexa, tem sido objeto de estudo de diversos autores, entre eles: Bion (1957,1961) descreveu a função continente na base da qual estaria a gênese da capacidade de pensar do bebê: a mãe por meio de sua *rêverie* transforma as experiências emocionais intoleráveis do bebê em experiências assimiláveis pelo seu aparelho mental primitivo (16,17).

É a da incapacidade de transformar, de tornar psíquico um estado, de representar, que faz de uma percepção um trauma infantil. Não é sua intensidade e nem conteúdo. Segundo Marty (1993) os traumas se definem pela quantidade de desorganização que produzem (1). Assim, a criança, pela imaturidade do aparelho psíquico e da capacidade de organização, terá menor possibilidade de ter respostas adequadas a uma situação de excesso de excitações do que um adulto.

O casal Botella (2002) considera a não-representação como um excesso de excitação sentida pelo ego e se o psiquismo não consegue, por meio de uma transformação, tornar esta vivência acessível ao sistema de representações, o ego experimentará tal vivência como traumática (18). Representação deve ser entendida como mais do que uma simples memória do que foi percebido pelos órgãos dos sentidos, implica em um investimento dos traços mnêmicos e em um trabalho de elaboração psíquica. A representação é a única maneira que o ego tem para dominar a pulsão (19). Quando a pulsão não é “dominada”, há algo que entra no terreno do não-representável e que segue outros caminhos: o caminho curto da pulsão ou da enfermidade somática (18).

Os Botella acreditam que, no começo da vida, o investimento das percepções e das representações dos objetos, sendo ainda frágil, instável, sem verdadeira distinção entre o que é percebido do objeto e o que dele está representado, faz com que a ausência real do objeto corra o risco de ser o equivalente à perda de sua representação. Mais do que a perda do objeto, é o perigo da perda de sua representação que é sinônimo de desamparo e provoca um verdadeiro vazio. E a perda da representação de objeto é tida como equivalente à perda da auto-representação, à perda de qualquer representação, a uma não-representação, somente um afeto desenfreado de um desamparo não-pensável e não figurável. Esta desorganização brutal, de caráter “negativante”, originar-se-ia, não numa percepção, mas na ausência de sentido do excesso de excitação pulsional e do estado de desamparo do ego, na impossibilidade para este de representá-los para si (18).

Contribuições da Escola Psicossomática de Paris

Fundada na década de 1950, por Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain e Christian David, a Escola Psicossomática de Paris, elabora seu modelo teórico através das descobertas da psicanálise, baseada na unidade psicossomática do indivíduo e no princípio da economia descrito por Freud. Esta abordagem entende os fenômenos físicos e somáticos como somas de interações dinâmicas que são objeto de movimentos de organização e desorganização. Embora possa não ter qualquer significado simbólico, o transtorno somático pode ser parte de uma economia geral na qual a psique é tanto testemunha quanto reguladora (11).

Considerando que são as atividades fantasmáticas e oníricas (mecanismos de representação psíquica) que permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física individual, permitindo o desenvolvimento, uma falha nesta capacidade produzirá organizações psíquicas mal-estruturadas com marcada insuficiência do funcionamento mental. Nestas situações o refúgio em uma solução somática é freqüente; o que causa curto-circuitos em qualquer elaboração psíquica, como nos acting-outs dos pacientes borderline (11).

Insuficiências do Funcionamento Mental

Esses fenômenos de insuficiência mental associados a processos de somatização tanto podem ocorrer de forma ocasional, como é freqüente na prática clínica, como também eles podem representar um padrão repetido de comportamento e de relacionamento do paciente consigo e com o terapeuta, configurando os quadros de síndrome do tipo operatório. Marty (1993) ressalta

que na clínica dos pacientes somáticos, a síndrome do tipo operatório de padrão persistente, é relativamente pouco freqüente (1). Descreveremos agora três tipos de Insuficiências do Funcionamento Mental:

1. O conceito de **Pensamento operatório** (21), desenvolvido por Marty e M'Uzan (1983), define um pensamento consciente, sem qualquer ligação com a atividade de fantasiar e simbolizar. Ele duplica e ilustra detalhadamente suas percepções, demonstrando uma superinvestimento das sensações físicas. Pode ser considerado uma modalidade de processo secundário, por causa da sua orientação para a realidade sensível, preocupação com a causalidade, lógica e continuidade. Entretanto, este tipo de pensamento se liga a coisas e não a conceitos abstratos, a produtos da imaginação ou a expressão simbólica. Sugere a precariedade da conexão com as palavras e, assim um processo de investimento arcaico. As poucas representações que parecem existir são (como os sonhos) pobres, repetitivas, contendo a marca do atual e do factual. Este conceito equivale ao da **alexitimia** (22) descrita por Sifneos e Namias (1973) como pensamento mecânico sem tradução da vida emocional em palavras.

2. A **Depressão essencial** (1) é caracterizada pela ausência de expressões sintomáticas. Define-se por uma redução geral do tônus de vida. Não há investimento narcísico ou objetal, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente. Difere assim da depressão melancólica onde o ego está intensamente investido e identificado com o objeto perdido. São pessoas para que tudo é cinza, nem triste nem alegre. Em vão, se procura por desejos; não se encontra senão

interesses maquinais. O sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta eletivamente para a esfera psicossomática. O instinto de morte é o senhor da depressão essencial. É um conceito equivalente ao da depressão branca descrita por Green (1988) (23).

3. Na **Desorganização progressiva** (24), o nome progressiva está em oposição às desorganizações globais mas limitadas no tempo e sempre ricas de um potencial libidinal reorganizador, que constituem as regressões. As organizações tópicas, libidinais, são submetidas ao movimento de desorganização. Nenhum patamar regressivo, ou fixação, de densidade suficiente cessa essa desorganização, o que lhe confere um caráter progressivo. Na maioria dos casos, a desorganização progressiva conclui-se por um processo de somatização.

Caso Clínico

Pedro, 35 anos, buscou tratamento por dificuldade de atenção, cefaléia tensional e insônia. É portador de psoríase desde os 12 anos, época da separação dos pais. Somado as condições já citadas, sofre de constipação intestinal crônica e hemorróidas. Ao descrever seus sintomas, esforçou-se para explicá-los operatoricamente pelo excesso de trabalho, má alimentação e sedentarismo. Resistia em falar de seu passado e de sua vida emocional alegando que, se o fizesse, só encontraria coisas tristes, o que imagina que deprimiria a ele e a mim e nada mudaria em sua vida atual. Culpou seu pai pelas dificuldades que passou com o irmão mais novo e com a mãe após a separação do casal. Elogiou muito a mãe, chegando a dizer que esta é uma “santa”. No segundo mês de tratamento falou da necessidade de tratamento

psiquiátrico para a mãe. Pela sua descrição, esta é portadora de sintomas depressivos graves recorrentes.

Ao longo da adolescência apresentou progressiva intensificação dos episódios de agudização da psoríase, chegando a ser internado aos 25 anos com risco de vida pelo acometimento cutâneo generalizado e articular das lesões. Falou com muita gratidão do médico que o atendeu durante esta internação, dizendo que foi a primeira pessoa que lhe fez entender o que era a psoríase e qual o seu curso. Desde então nunca mais apresentou agudizações da doença, e hoje apresenta manifestações cutâneas residuais no tornozelo esquerdo.

Iniciou psicoterapia de orientação analítica com frequência de duas sessões semanais. No início do tratamento, costumava vir às sessões no horário combinado regularmente, solicitando eventuais trocas alegando motivos de estudo e trabalho. Por volta do terceiro mês de tratamento, chegou numa sessão dizendo estar disposto a falar do que lhe incomoda. Descreveu uma série de episódios sentidos como traumáticos da infância e adolescência, chorando do início ao fim da sessão. Ao final desta sessão, a terapeuta sentiu uma sensação de intensa desorganização. Desde este dia, Pedro passou a faltar frequentemente às sessões sem avisar. Após 3 faltas consecutivas, foi feito contato telefônico pela terapeuta. Ele contou que deixou de ir às sessões por uma crise hemorroidária que necessitou de tratamento cirúrgico, mas que na próxima sessão estaria bem para comparecer. Mesmo após a recuperação do procedimento, seguiu tendo mais faltas do que presenças nas sessões. Quando isto foi assinalado para o paciente, ele respondeu que vinha esquecendo do horário das sessões, queixou-se inclusive que esquecia tudo o

que era conversado quando saia do consultório. Associou isto com a imagem de um filme onde faltam cenas porque há partes em branco na fita. Após repetidas interpretações e uma melhor compreensão por parte do paciente, de que as falhas presentes na sua vida estavam se manifestando no tratamento, representadas pelas faltas sem aviso, este passou a comparecer com mais assiduidade às sessões.

Já no relato inicial, percebemos a associação temporal entre uma situação potencialmente traumática, a separação dos pais, e o aparecimento da psoríase. Segue-se a relação das múltiplas de manifestações somáticas: dificuldades atencionais, insônia, cefaléia tensional, constipação intestinal e hemorróidas.

Através do relato dos episódios depressivos graves recorrentes da mãe, podemos especular o quanto sua capacidade de rêverie esteve danificada, podendo ter produzido falhas nos mecanismos de representação do paciente, hoje, evidente em seu pensamento operatório. Teríamos assim uma configuração semelhante a que descreve Green (1988) no trabalho *A Mãe Morta* (23) como uma mãe que permanece viva, mas que está por assim dizer morta psiquicamente aos olhos da pequena criança de quem ela cuida. Seguindo nesta linha, chama a atenção a mudança no curso da psoríase, de um estágio potencialmente letal para pequenas manifestações residuais, marcada pelo cuidado do médico que lhe acompanhou na internação e que possibilitou sua melhor compreensão da doença.

Ao se aproximar “daquilo que dizia lhe incomodar”, pensamos que experimentou uma intensa desorganização, sentida pela terapeuta na contratransferência. Possivelmente algo da ordem do não-representável,

capaz, talvez, de produzir a agudização das hemorróidas e o seu desligamento temporário do tratamento.

Retornou ao tratamento e seguiu vindo regularmente por mais 10 meses. Ao longo deste período, apresentou melhora marcada da cefaléia e da constipação. Também não teve mais agudização das hemorróidas ou da psoríase. O que foi acompanhado de um aumento da capacidade de simbolização e insight. O pai passou a ser visto como uma pessoa afetiva e colaborativa, ao mesmo tempo que as dificuldade e faltas da mãe tornaram-se mais conscientes.

Contribuições Técnicas ao Tratamento

Aisenstein (2006) diz que os pacientes com manifestações psicossomáticas precisam ser encorajados pelo terapeuta nas fases iniciais do tratamento, chega a recomendar um certo tipo de “sedução”, que tenta ajudar o paciente a reconhecer que todo mundo tem algo a dizer, toda vida tem sua história e toda história tem suas palavras, sua riqueza e suas tristezas. Recomenda sessões face a face por facilitarem a adaptação ao estado afetivo do paciente (11).

O trabalho do terapeuta será semelhante ao da mãe na função continente de Bion ou ao trabalho de figurabilidade descrito pelo casal Botella. Este último é descrito como um produto do trabalho psíquico diurno comparável ao do sonho resultando numa percepção interna (imagem) próxima da alucinação do sonhador. Podemos considerá-lo como um modo de expressão supostamente mais primitivo que se ligará um pensamento. E os Botella alertam para as dificuldades desta tarefa: “no nível da prática, rapidamente

compreendemos que, para ter acesso a esse universo, o único meio possível está na capacidade do analista de abandonar em alguns momentos o universo da representação” (18, p. 21). “Não somente o analista perde seu enquadre e seu instrumento, a interpretação, como também sofre o mal-estar da indefinição das representações que a criança desperta nele, ao ponto de ser ameaçado pelo pior, a não-representação” (18, p. 30). A figurabilidade permitiria ao analista manter o investimento de seu paciente e preservar suas próprias capacidades de representação.

Nas palavras de Green (1990): “tudo o que o analista faz é, de um lado, tentar representar para si mesmo qual o funcionamento psíquico de seu paciente e, de outro, comunicar a seu paciente o resultado de sua representação, de modo que o paciente possa ter sua própria representação de seu funcionamento psíquico” (25, p. 64).

Discussão

Embora a relação do trauma precoce com as manifestações psicossomáticas já esteja bem estabelecida, as dificuldades que este impõem ao tratamento destes pacientes são inúmeras. Iniciam pela pouca ou inexistente motivação destes pacientes para as abordagens psicoterápicas. Em sua maioria não buscam estes tratamentos por vontade própria, são encaminhado por especialistas médicos. Demonstram pouco interesse em investigar os nexos causais entre seus sintomas físicos e seu psiquismo. Conforme dito por Green (1990), “o problema da pulsão de morte é justamente recusar-se a levar em consideração o que a pulsão quer dizer e rejeitá-la para excluí-la da psique. Assim este tipo de paciente permanece num estado

psíquico de ineficácia simbólica dificultando a ação terapêutica da psicoterapia e da psicanálise” (25, p. 80). E como afirma Pontalis (1991), “quando se quebra o tecido de imagens... o intérprete não tem mais nada então a dizer: ou ele *conserta o tecido* ou, confiando na paciente tecelagem artesanal que se chama ‘perlaboração’, espera que da catástrofe nasça um enredo que não seja mais uma catástrofe”(26, p. 36).

Bibliografia

1. Marty P. A psicossomática do Adulto. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
2. AISENSTEIN M, SMADJA C. A Psicossomática como Corrente Essencial da Psicanálise Contemporânea. In: GREEN A. Psicanálise Contemporânea: revista francesa de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 407-18).
3. Arnold RP, Rogers D, Cook DAG. Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *BMJ* 1990; 300:705-8.
4. Hamilton JA. Emotional consequences of victimization and discrimination in “special populations” of woman. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12:35-51.
5. Drosman DA, Leserman J, Nachman G, Li Z, Gluck H, Toomey TC, Mitchell CM. Sexual and physical abuse in woman with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113: 828-33.
6. Domino JV, Haber JD. Prior physical and sexual abuse in woman with chronic headache: clinical correlates. *Headache* 1987; 27:310-14.
7. Harrop-Griffiths J, Katon W, Walker E, Holm L, Russo J, Hickok L. The association between chronic pelvic pain, psychiatric diagnoses, and childhood sexual abuse. *Obstet Gynecol* 1998; 71:589-94.
8. Boisset-Pioro MH, Esdaile JM, Fitzcharles M. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1995; 38:235–41.

9. Walker EA, Keegan D, Gardner G, et al. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med* 1997; 59:572–7.
10. Van Houdenhove B, Neerinckx E, Lysens R, Vertommen HHH, Houdenhove LV, Onghena P, et al. Victimization in Chronic Fatigue Syndrome and Fibromyalgia in Tertiary Care A Controlled Study on Prevalence and Characteristics. *Psychosomatics* 2001; 42(1):21-8.
11. Aisenstein M. The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School. *Int J Psychoanal* 2006;87:667-80.
12. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade . In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1972. v. 7, p. 123-34.
13. Scarfone D. As pulsões. 1ª ed. São Leopoldo: Editora Unissinos; 2005.
14. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1972 v.18. p. 13-85.
15. Mabilde LC. Conceitos psicanalíticos freudianos fundamentais. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 77.
16. Bion WR. Ataques ao elo de ligação. In: Spillus E. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Imago; 1991. v.1 p.59-109.
17. Bion WR. Uma teoria de pensar. In: Spillus E. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Imago; 1991. v.1 p.185-193.

18. Botella C; Botella S. Irrepresentável. 1ª ed. Porto Alegre: Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul: Criação humana; 2002.
19. Freud S. Análise terminável e interminável. In: Freud S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v.23. p. 225-70.
20. Maruco NC. Aspectos psicanalíticos da situações traumáticas. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS. Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 85-95.
21. Marty P, M'Uzan M. El "pensamiento operativo". Revista de Psicoanálisis - APA, 1983; 40 (4): 711-21.
22. Sifneos PE. The Prevalence of Alexithymic Characteristic in Psychosomatics Patient. Psychother Psychosom. 1973;22(2):255-62.
23. Green A. A mãe morta. In: Narcisismo de vida, Narcisismo de morte. São Paulo: Escuta; 1988. p. 247-82.
24. Marty P. A major process of somatization: the progressive disorganization. Int J Psychoanal 1968; 49:246-9.
25. Green A. "O trabalho do negativo". In: Conferências Brasileiras. 1ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1990. p. 63-82.
26. Pontalis JB. A força de atração. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1991. p.36.

10. Considerações Éticas

Foi apresentado a todas as participantes do estudo um consentimento livre e esclarecido (anexo II), bem como todas as explicações quanto ao objetivo deste trabalho. As questões éticas envolvidas foram reforçadas verbalmente. A coleta de dados foi realizada em ambiente reservado.

Este tipo de entrevista apresenta risco para as pacientes, pois aborda assuntos potencialmente estressantes do ponto de vista psíquico. Porém, as entrevistas foram realizadas por médicas psiquiatras com experiência no tratamento deste tipo de situação. Além disso, a paciente pôde optar por se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao seu atendimento na instituição. Se mesmo assim ocorresse uma descompensação emocional, as pesquisadoras estavam habilitadas a manejar a situação.

Foi garantido às entrevistadas o sigilo das entrevistas e a não veiculação da identidade das mesmas em hipótese alguma. Todas as pacientes responderam ao consentimento informado (anexo II) e foram informadas que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento sem prejuízo ao seu tratamento na instituição.

O Projeto foi aprovado pela Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 05-330.

11. Discussão

Os pacientes buscam atendimento médico em decorrência dos seus sintomas, e os médicos diagnosticam doenças para explicá-los. Entre os sintomas, cita-se a experiência subjetiva dos pacientes de modificações em seu corpo. As dificuldades surgem quando os mesmos não encontram modificações objetivas que justifiquem as experiências subjetivas dos pacientes. Estes sintomas são então classificados como sintomas médicos inexplicados ou sintomas funcionais (97).

Entre as síndromes ditas funcionais supõe-se que a fibromialgia, atualmente classificada entre os reumatismos não articulares, faça parte de um grupo específico de transtornos, juntamente com a síndrome da fadiga crônica, síndrome do cólon irritável, entre outras (98). Estão de acordo com este posicionamento os grupos de trabalho do DSM V e também discordam que a fibromialgia faça parte dos transtornos depressivos, ansiosos ou somatoformes, como já foi sugerido na literatura (99).

Os tratamentos médicos convencionais costumam ser inefetivos para estes pacientes (98). E o resultado disto, são médicos frustrados e pacientes insatisfeitos com sintomas crônicos apresentando considerável disfunção. Sharpe et al. (1995), relataram que pacientes com síndromes funcionais são um dos três grupos mais comuns de pacientes “difíceis de ajudar” (97).

É possível que grande parte desta dificuldade se deva à contratransferência despertada por estes pacientes em quem os atende. Pacientes com fibromialgia apresentam características semelhantes aos

transtornos somatoformes, marcadas pela resistência a estabelecer nexos causais entre seus sintomas físicos, seu universo psíquico e seus hábitos de vida, no caso da fibromialgia. Além disso, são pacientes com uma elevada prevalência de trauma na infância (22-24). Este achado foi replicado neste estudo e ajuda a entender algumas dificuldades encontradas no atendimento a fibromiálgicos. Um ser humano traumatizado é aquele que foi esmagado por intenso desamparo durante um longo período de tempo (84). Suas defesas contra a ansiedade falharam (...). Frequentemente a sensação de desamparo é transmitida a nós (a quem atende estes pacientes) de uma forma inconsciente, mas poderosa (...), de um modo que ficamos preocupados com soluções, com ação, como fazer alguma coisa, a fim de evitarmos ter que experimentar este estado de desamparo em nós mesmos. Não é fácil sentar com outro ser humano que se encontra em um estado de grande sofrimento e suportar não apenas o seu tumulto emocional, mas também uma agitação dentro de nós em resposta (100).

Somada às dificuldades contratransferenciais de quem atende pacientes vítimas de trauma, estão os sentimentos de impotência ligados ao desconhecimento da fisiopatologia e de terapêuticas efetivas para a fibromialgia.

Além de confirmar a já conhecida associação entre trauma e a fibromialgia, este estudo estendeu os achados sugerindo que o trauma infantil prediz a perda de funcionalidade na vida adulta. Adversidades na infância parecem alterar o mesmo sistema neuroendócrino regulador que confere a vulnerabilidade ao estresse e que deve estar implicado na fisiopatologia da fibromialgia. Uma falha nos mecanismos capazes de modular a habilidade do

organismo de se compensar em resposta a desafios físicos e emocionais pode interferir no sucesso da adaptação, conduzindo a uma piora na funcionalidade.

Chamou a atenção o achado deste estudo de que a perda de funcionalidade em associação a maiores escores de trauma foi mais pronunciada no grupo dos pacientes sem o diagnóstico de depressão maior em comparação ao grupo que apresentou o diagnóstico de depressão maior. Desconhecem-se estudos anteriores de metodologia quantitativas que demonstrem semelhante relação. Esta merece ser olhada com cuidado. Ainda que este achado necessite ser replicado em outros estudos para se chegar a uma compreensão consistente, podemos estar diante de uma evidência da existência dos diferentes caminhos que o trauma infantil percorre até provocar diferentes prejuízos na vida adulta.

A variável funcionalidade é medida basicamente através de sintomas físicos (43). É uma forma de medir as manifestações somáticas da fibromialgia. Ao passo que a depressão pode ser vista como uma manifestação de características mais psicológicas do que somáticas em relação à perda da funcionalidade. Há relatos na literatura de que as duas condições, funcionalidade na fibromialgia (24) e depressão (8), estão associadas à história de trauma na infância em estudos independentes. Posto isto, os achados deste estudo encontram respaldo nas teorias psicanalíticas da formação de sintomas (85). Pacientes gravemente traumatizados na infância, por abuso e/ou negligência, apresentariam como seqüela as manifestações de insuficiência mental descritas pela Escola Psicossomática de Paris (85) ao longo de seu desenvolvimento. São pacientes caracterizados por pouca ou nenhuma

capacidade de simbolização e elaboração psíquica, que manifestariam seus sintomas psicológicos através do corpo.

Neste estudo, imagina-se que os sujeitos com maiores danos na capacidade de simbolização estariam no grupo de pacientes que manifesta uma piora da funcionalidade com maior força de associação à medida que aumenta o gradiente dos escores de trauma, em relação ao grupo de pacientes deprimidos. Pensa-se que estes últimos estariam manifestando as conseqüências do trauma infantil através de caminhos mais “psíquicos” (depressão), em detrimento de sintomas mais “somáticos” (funcionalidade). É possível identificar maior diferença na força de associação de trauma e perda da funcionalidade entre o grupo com e sem depressão nos estratos de trauma leve a moderado da amostra (Tabela 4 do Artigo 1). Esta diferença entre os grupos é menos visível no estrato de escores grave de trauma, o que segue confirmando as teorias acima: pacientes com escores de trauma mais grave na infância apresentariam maior dano na capacidade de simbolização e mais manifestações da sua vida psíquica no corpo.

A capacidade de se recuperar de um evento traumático pode ser definida em termos de resiliência, um conceito emprestado da física onde originalmente se refere à capacidade de um material de retornar a sua forma original após ser deformado por uma força. Em termos psicológicos, o conceito de resiliência implica um processo dinâmico que inclui uma adaptação positiva no contexto de adversidade significativa. Estudos em crianças apontaram diversos fatores como importantes na capacidade de resiliência individual, incluindo atributos individuais da criança, aspectos familiares e características do ambiente social. Nas últimas duas décadas o foco das pesquisas empíricas tem se voltado para

o entendimento do processo através do qual os fatores protetores agem conferindo capacidade adaptativa ao indivíduo (101). Presença de doença psiquiátrica prévia, capacidade cognitiva, história passada de trauma, características da personalidade do indivíduo, separação precoce dos pais e qualidade da rede social e do suporte emocional disponíveis também têm se mostrado particularmente importantes quando pensamos em vulnerabilidade (102-104).

Entretanto, a metodologia usada neste estudo e a falta de estudos com achados semelhantes na literatura não nos permite concluir as hipóteses psicodinâmicas acima. Fazem-se necessários estudos, possivelmente de metodologia qualitativa, que comporte modelos mais complexos de intrerelações e que permitam compreender melhor a fibromialgia e outras síndromes funcionais. Seria de fundamental importância olhar mais de perto cada sujeito dos grupos desta amostra para avaliação da qualidade dos traumas vividos, da capacidade resiliente de cada um, da capacidade de simbolização, dos mecanismos de defesa psicológicos e do tipo de vínculo parental na infância.

As limitações do tamanho da amostra e do tipo (amostra de conveniência) limitam a generalização dos resultados deste estudo. Embora sejam necessários outros estudos para determinar a magnitude das associações encontradas, os escores de trauma na infância estiveram fortemente associados à perda de funcionalidade em pacientes com fibromialgia. E esta associação foi ainda mais proeminente no grupo de pacientes sem depressão em comparação ao grupo de pacientes com depressão.

12. Conclusão

Este estudo indica que o auto-relato de trauma na infância está fortemente associado à perda da funcionalidade em mulheres adultas com fibromialgia, mesmo após controlar-se para idade e uso diário de medicações psicotrópicas. Esta associação foi mais forte nas formas de trauma do tipo negligência, quando comparadas as do tipo abuso, o que pode expressar um efeito mais danoso da negligência na apresentação da fibromialgia.

Além disto, estes resultados revelam que a associação entre trauma na infância e à perda da funcionalidade em mulheres adultas com fibromialgia é ainda mais pronunciada em paciente sem depressão, quando comparados a aqueles com depressão.

13. Bibliografia

1. Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., et al., The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum*, 1990. 33: p. 160-172.
2. Bennett, R.M., Beyond fibromyalgia: ideas on etiology and treatment. *Journal of Rheumatology*, 1989. 16: p. 185-191.
3. Chakbarty, S. and Zoorob, R., Fibromyalgia. *Am Fam Physicians*, 2007. 76(2): p. 247-54.
4. Goldenberg, D.L., Burckhardt, C., Crofford, L., Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA*, 2004. 292: p. 2388-2395.
5. Pagano, T., Matsutani, L.A., Ferreira, E.A., et al., Assessment of anxiety and quality of life in fibromyalgia patients. *Sao Paulo Med J*, 2004. 122(6): p. 252-258.
6. Ofluoglu, D., Berker, N., Güven, Z., et al., Quality of life in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 2005. 24(5): p. 490-492.
7. Verbunt JA, Pernet DH, Smeets RJ. Disability and quality of life in patients with fibromyalgia. *Health Qual Life Outcomes*. 2008. 22;6(1):8.
8. Thieme, K., Turk, D.C., Flor, H., Comorbid Depression and Anxiety in Fibromyalgia Syndrome: Relationship to Somatic and Psychosocial Variables. *Psychosomatic medicine*, 2004. 66(6): p. 837-844.

9. Goldenberg, D.L., Psychological symptoms and psychiatric diagnosis in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol*, 1989. 19: p. 127-130.
10. Shapiro, B., Building bridges between body and mind: the analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. *Int J Psychoanal*, 2003. 84: p. 547–561.
11. Netter, P., Hennig J., The fibromyalgia syndrome as a manifestation of neuroticism? *Z Rheumatol*, 1998. 57(2): p. 105–108.
12. Hudson, J.I., Pope, H.G. Jr., The relationship between fibromyalgia and major depressive disorder. *Rheum Dis Clin North Am*, 1996. 22(2): p. 285-303.
13. Raphael, K.G., Janal, M.N., Nayak, S., et al., Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 2006. 124(1-2): p. 117-125.
14. Cohen, H., Neumann, L., Haiman, Y., et al., Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: Overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2002. 32(1): p. 38-50.
15. Blumer, D., and Klerman, G.L., Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain prone disorder. *J Nerv Ment Dis*, 1982. 170: p. 381-406.
16. Hudson, J.I., Mangweth, B., Pope, H.G. Jr., et al., Family study of affective spectrum disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 2003. 60(2): p. 170-177.
17. Hudson, J.I. and Pope, H.G. Jr., Fibromyalgia and psychopathology: Is fibromyalgia a form of "affective spectrum disorder?" *J Rheumatol*, 1989. 19: p. 15-22.

18. Buskila, D., Sarzi-Puttini, P., Biology and therapy of fibromyalgia. Genetic aspects of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Res Ther*, 2006. 8(5): p. 218-223.
19. Bennett, R.M., Fibromyalgia and the facts. Sense or Nonsense. *Rheum Dis Clin North Am*, 1993. 19: p. 45 -59.
20. Yunus, M.B., Psychological aspects of fibromyalgia syndrome: a component of the dysfunctional spectrum syndrome. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 1994. 8: p. 811-837.
21. Fietta, P. and Manganelli, P., Fibromyalgia and psychiatric disorders. *Acta Biomed*, 2007. 78(2): p. 88-95.
22. Arnold, R.P., Rogers, D., Cook, D.A.G., Medical problems of adults who were sexually abused in childhood. *British Medical Journal*, 1990. 300: p. 705-708.
23. Felitti, V.J., Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *South Med J*, 1991. 84: p. 328-331.
24. Hamilton, J.A., Emotional consequences of victimization and discrimination in "special populations" of woman. *Psychiatric Clinic of North America*, 1989. 12: p. 35-51.
25. Boisset-Piolo, M.H., Esdaile, J.M., Fitzcharles, M.A. Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 1995. 38(2): p. 235-241.
26. Imbierowicz, K., Egle, U.T., Childhood adversities in patients with fibromyalgia and somatoform pain disorder. *Eur J Pain*, 2003. 7(2): p. 113-119.

27. Walker, E.A., Keegan, D., Gardner, G., et al., Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosom Med*, 1997. 59: p. 572–577.
28. Raphael, K., Childhood abuse and pain in adulthood. More than a modest relationship? *Clin J Pain*, 2005. 21: p. 371-373.
29. Taylor, M.L., Trotter, D.R., Csuka, M.E., The prevalence of sexual abuse in women with fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 1995. 38: p. 229–234.
30. Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., et al., Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*, 2004. 82(2): p. 217-225.
31. Wolfe, F., Ross, K., Anderson, J., et al., The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*, 1995. 38(1): p. 19-28.
32. Senna, E.R., De Barros, A.L., Silva, E.O., et al., Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol*, 2004. 31: p. 594-597.
33. White, K.P., Harth, M., Classification, epidemiology, and natural history of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*, 2001. 5: p. 320-329.
34. Boissevain, M.D., McCain, G.A., Toward an integrated understanding of fibromyalgia syndrome. II. Psychological and phenomenological aspects. *Pain*, 1991. 45(3): p. 239-248.
35. Turk, D.C., Okifugi, A., Starz, T.W., et al., Effects of type of symptom onset on psychological distress and disability in fibromyalgia syndrome patients. *Pain*, 1996. 68: p. 423-430.

36. Buskila, D., Neumann, L., Vaisberg, G., et al., Increased rates of fibromyalgia following cervical spine injury. A controlled study of 161 cases of traumatic injury. *Arthritis Rheum*, 1997. 40: p. 446-452.
37. Al-Allaf, A.W., Dunbar, K.L., Hallum, N.S., et al., A case-control study examining the role of physical trauma in the onset of fibromyalgia syndrome. *Rheumatology*, 2002. 41: p. 450-453.
38. Viitanen, J.V., Kautiainen, H., Isomäki, H., Pain intensity in patients with fibromyalgia and rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*, 1993. 22(3): p. 131-135.
39. Marques, A.P., Rhoden, L., de Oliveira Siqueira, J., et al., Pain evaluation of patients with fibromyalgia, osteoarthritis, and low back pain. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo*, 2001. 56(1): p. 5-10.
40. Yunus, M.B., A comprehensive medical evaluation of patients with fibromyalgia syndrome. *Rheum Dis Clin North Am*, 2002. 28: p. 201-217.
41. Marcus, D.A., Bernstein, C., Rudy, T.E., Fibromyalgia and headache: an epidemiological study supporting migraine as part of the fibromyalgia syndrome. *Clin Rheumatol*, 2005; 24: p. 595-601.
42. Sperber, A.D., Atzmon, Y., Neumann, L., et al., Fibromyalgia in the irritable bowel syndrome: studies of prevalence and clinical implications. *Am J Gastroenterol*, 1999. 94: p. 3541-3456.
43. Burckhardt, C.S., Clark, S.R., Bennett, R.M., The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol*, 1991. 18(5): p. 728-733.

44. Marques, A.P., Santos, A.M.B., Assumpção, A., et al., Validação da versão brasileira do Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ). *Rv Brás Reumatol*, 2006; 46(1): p. 24-31.
45. Ehrlich, G.E., Pain is real; fibromyalgia isn't. *J Rheumatol*, 2003. 30: p. 1666–1667.
46. Chudler, E. H., Bonica, J. J. Supraspinal mechanisms of pain and nociception. In: Bonica JJ, editor. *The management of pain*. 2nd ed. 1990, Philadelphia: Lea & Febiger. P. 153-179.
47. Byers, M. R., Bonica, J. J. Peripheral pain mechanisms and nociceptor plasticity. In: Bonica JJ, editor. *The management of pain*. 2nd ed. 1990, Philadelphia: Lea & Febiger. p. 26-72.
48. Terman, G. W., Bonica J.J. Spinal mechanisms and their modulation. In: Bonica JJ, editor. *The management of pain*. 2nd ed. 1990, Philadelphia: Lea & Febiger. p 73-152.
49. Travell, J. G., Simons, D. G., editors. *Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual. The Upper Extremities*. 1983, New York: Williams & Wilkins.
50. Bennett, R., Fibromyalgia: present to future. *Curr Pain Headache Rep*, 2004. 8: p. 379-384.
51. Kosek, E., Ekholm, J., Hansson, P. Sensory dysfunction in fibromyalgia patients with implications for pathogenic mechanisms. *Pain*, 1996. 68(2-3): p. 375-383.
52. Claw, D.J., Chrousos, G.P., Chronic pain and fatigue syndromes: Overlapping clinical and neuroendocrine features and potential pathogenic mechanisms. *Neuroimmunomodulation*, 1997. 4: p. 134-153.

53. Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., et al., Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 2006. 31(3): p. 312-324.
54. Offenbaecher, M., Bondy, B., Dejonge, S., et al., Possible association of fibromyalgia with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Arthritis Rheum*, 1999. 42: p. 2482–2488.
55. Gursoy, S., Erdal, E., Herken, H., et al., Significance of catechol-O-methyltransferase gene polymorphism in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int.*, 2003. 23: p. 104–107.
56. Russell, I.J., Orr, M.D., Littman, B., et al., Elevated cerebrospinal fluid levels of substance P in patients with the fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum*, 1994. 37: p. 1593–1601.
57. Gracely, R.H., Petzke, F., Wolf, J.M., et al., Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*, 2002. 46: p. 1333–1343.
58. Geisser, M.E., Casey, K.L., Brucksch, C.B., et al., Perception of noxious and innocuous heat stimulation among healthy women and women with fibromyalgia. *Pain*, 2003. 102: p. 243–250.
59. Price, D.D., Staud, R., Robinson, M.E., et al., Enhanced temporal summation of second pain and its central modulation in fibromyalgia patients. *Pain*, 2002. 99: p. 49–59.
60. Staud, R., Cannon, R.C., Temporal summation of pain from mechanical stimulation of muscle tissue in normal controls and subjects with fibromyalgia syndrome. *Pain*, 2003. 102: p. 87–89.

61. Bradley, L.A., Mckendree-Smith, N.L., Alarcon, G.S., et al., Is fibromyalgia a neurologic disease? *Curr Pain Headache Rep*, 2002; 6: p. 106–114.
62. Cohen, H., Neumann, L., Shore, M., et al., Autonomic dysfunction in patients with fibromyalgia: application of power spectral analysis of heart rate variability. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2000. 29: p. 217–227.
63. Crofford, L.J., The hypothalamic–pituitary–adrenal stress axis in fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Zeitschrift fur Rheumatologie*, 1998. 57: p. 67–71.
64. Crofford, L.J., Pillemer, S.R., Kalogeras, K.T., et al., Hypothalamic-pituitaryadrenal axis perturbations in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 1994. 37: 1583–1592.
65. Crofford, L.J., Young, E.A., Engleberg, N.C., et al., Basal circadian and pulsatile ACTH and cortisol secretion in patients with fibromyalgia and/or chronic fatigue syndrome. *Brain Behavior and Immunity*, 2004. 18: p. 314–325.
66. Griep, E.N., Boersma, J.W., de Kloet, E.R., Altered reactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the primary fibromyalgia syndrome. *Journal of Rheumatology*, 1993. 20: p. 469–474.
67. Griep, E.N., Boersma, J.W., Lentjes, E.G., et al., Function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in patients with fibromyalgia and low back pain. *Journal of Rheumatology*, 1998. 25: p. 1374–1381.
68. McCain, G.A., Tilbe, K.S., Diurnal hormone variation in fibromyalgia syndrome: a comparison with rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 1989. (Supplement 19): p. 154–157.

69. Winfield, J.B., Does pain in fibromyalgia reflect somatization? *Arthritis Rheum*, 2001. 44(4): p. 751-753.

70. Ballenger, J.C., et al., Consensus Statement Update on Posttraumatic Stress Disorder From the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *J Clin Psychiatry*, 2004. 65(Suppl 1): p. 55-62.

71. Yehuda, R., Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 2004. 65(suppl 1): p. 29-36.

72. Baker, B., Helmes, E., Kazarian, E.E., Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *Br J Psychiatry*, 1984. 144: p. 263-269.

73. Pagani, M., et al., Regional cerebral blood flow during auditory recall in 47 subjects exposed to assaultive and non-assaultive trauma and developing or not posttraumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2005.

74. McEwen, B.S., Protective and damaging effects of stress mediators: allostasis and allostatic load. *The New England Journal of Medicine*, 1998; 338: p. 171–179.

75. Sapolsky, R.M., Glucocorticoids, stress, and their adverse neurological effects: relevance to aging. *Experimental Gerontology*, 1999; 34: p. 721–732.

76. Seeman, T.E., Singer, B.H., Rowe, J.W., et al., Price of adaptation-allostatic load and its health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 1997; 157: p. 2268–2295.

77. Heim, C., Nemeroff, C.B., Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 2002. 7: 147–159.

78. Gunnar, M.R., Vazquez, D.M., Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, 2001. 13: 515–538.

79. King, J.A., Mandansky, D., King, S., et al., Early sexual abuse and low cortisol. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2001. 55: 71–74.

80. Stein, M.B., Yehuda, R., Koverola, C., et al., Enhanced dexamethasone suppression of plasma cortisol in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Biological Psychiatry*, 1997. 42: 680–686.

81. Carlson, M., Earls, F., Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1997. 807: 419–428.

82. Adler, G.K., Kinsley, B.t., Hurwitz, S., et al., Reduced hypothalamic-pituitary and sympathoadrenal responses to hypoglycemia in women with fibromyalgia syndrome. *Am J Med*, 1999. 106: p. 534–543.

83. Neumann, L., Buskila, D., Epidemiology of fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep*, 2003. 7: p. 362-368.

84. Freud, S. (1926), Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Freud editor, the Standard Edition of the Psychological Works of Sigmund Freud. Londres: Hogarth Press; V. 20. p. 273-301.

85. Marty, P. editor, *A psicossomática do Adulto*. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

86. Bion, W.R., Ataques ao elo de ligação. In: Spillus E. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Imago; 1991. v.1 p.59-109.

87. Bion, W.R., Uma teoria de pensar. In: Spillus E. Melanie Klein hoje. Rio de Janeiro: Imago; 1991. v.1 p.185-193.

88. Aisenstein, M., The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School. *Int J Psychoanal*, 2006; 87: p. 667-680.

89. Bernstein, D.P., Fink, L., Childhood Trauma Questionnaire - A retrospective self-report - Manual. 1998, San Antonio: The Psychological Corporation.

90. Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., et al., Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 2003. 27: p. 169–190.

91. Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., et al., Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*, 1994. 151(8): p. 1132-1136.

92. Grassi-Oliveira, R., Pezzi, J.C., Stein, L.M., Translation and content validation of the Childhood Trauma Questionnaire into Portuguese language. *Revista de Saude Publica*, 2006; 40: p. 249-255.

93. Alexander, R.W., Bradley, L.A., Alarcón, G.S., et al., Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia: association with outpatient health care utilization and pain medication usage. *Arthritis Care Res*, 1998. 11(2): p. 102-115.

94. Ciccone, D.S., Elliott, D.K., Chandler, H.K., et al., Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis. *Clin J Pain*, 2005. 21(5): p.378-386.

95. McBeth, J., Macfarlane, G.J., Benjamin, S., et al., The association between tender points, psychological distress, and adverse childhood

experiences: a community-based study. *Arthritis Rheum*, 1999. 42: p. 1397-1404.

96. Walen, H.R., Cronan, P.A., Bigatti, S.M., Factors associated with healthcare costs in women with fibromyalgia. *Am J Manag Care*, 2001. 25(7): p. 39-47.

97. Sharpe, M., Mayou, R., Bass, C., Concepts, theories and terminology. In: Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M., eds. *Treatment of functional somatic symptoms*. 1995, Oxford: Oxford University Press. P. 3-16.

98. Wessely, S., Nimnuan, C., Sharpe, M., Functional somatic syndromes: one or many? *The Lancet* , 1999. 354(9182): p. 936-942.

99. Wessely, S., Somatic Presentations of Mental Disorders (September 6-8, 2006). The working groups of DSM V. Disponível em <<http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ConferenceSummaries/SomaticPresentationsofMentalDisorders.aspx>>. Acesso em: 02 de maio de 2008.

100. Garland, C. Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. In: Eizirk, C., Aguiar, R.W., Schestatsky, S.S. *Psicoterapia de orientação analítica – fundamentos teóricos e clínicos*. 2ª ed. 2005, Porto Alegre: Artmed. p 702-716.

101. Luthar, S.S., D. Cicchetti, and B. Becker, The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Dev*, 2000. 71(3): p. 543-562.

102. Breslau, N., et al., Psychiatry sequelae of posttraumatic stress disorder in women. *Arch Gen Psychiatry*, 1997. 54: p. 81-87.

103. McNally, R.J., Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Society of biological psychiatry*, 2003. 53: p. 779-788.

104. Ullman, S.E. and H.H. Filipas, Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims. *Journal of Traumatic Stress*, 2001. 14(2): p. 369-389.

ANEXO I

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Serviço de Psiquiatria – PRODOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa sobre a ocorrência de trauma na infância e seu impacto na gravidade da fibromialgia com as pacientes que procuram o Serviço de Dor e Medicina Paliativa do HCPA. Para participar da pesquisa, você será convidada a responder perguntas e escalas sobre a existência de algum trauma em sua infância, sobre a relação com seus pais, sobre sintomas da fibromialgia, sobre sintomas de depressão e sobre seu jeito de ser e estilo de vida. A avaliação constará de uma entrevista psiquiátrica e a aplicação de escalas com duração total de cerca de duas horas.

Eu fui informada dos objetivos acima descritos e da justificativa para qual estão sendo utilizadas as escalas de forma clara e detalhada. Sei que poderei solicitar novos esclarecimentos e que, a qualquer momento, terei liberdade de retirar meu consentimento da participação da pesquisa.

O (a) pesquisador(a) certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial e no caso de divulgação serão sem identificação e unicamente para fins de pesquisa. Fui informada também de que meu atendimento não sofrerá prejuízos e será prestado de acordo com as finalidades dos Serviços de Dor e de Psiquiatria.

Porto Alegre, de de

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Contato com pesquisador Ana Paula Mezacaza Filippon, fone: 99449450.

Questionário Sobre o Impacto da Fibromialgia (QIF)

1 – Com que frequência você consegue:	Sempre	Quase sempre	De vez em quando	Nunca
a) Fazer compras	0	1	2	3
b) Lavar roupa	0	1	2	3
c) Cozinhar	0	1	2	3
d) Lavar louça	0	1	2	3
e) Limpar a casa (varrer, passar pano etc.)	0	1	2	3
f) Arrumar a cama	0	1	2	3
g) Andar vários quarteirões	0	1	2	3
h) Visitar parentes ou amigos	0	1	2	3
i) Cuidar do quintal ou jardim	0	1	2	3
j) Dirigir carro ou andar de ônibus	0	1	2	3

Nos últimos sete dias:

2 – Nos últimos sete dias, em quantos dias você se sentiu bem?

0 1 2 3 4 5 6 7

3 – Por causa da fibromialgia, quantos dias você faltou ao trabalho (ou deixou de trabalhar, se você trabalha em casa)?

0 1 2 3 4 5 6 7

4 – Quanto a fibromialgia interferiu na capacidade de fazer seu serviço:



Não interferiu



Atrapalhou muito

5 – Quanta dor você sentiu?



Nenhuma



Muita dor

6 – Você sentiu cansaço?



Não



Sim, muito

7 – Como você se sentiu ao levantar de manhã?



Descansado/a



Muito cansado/a

8 – Você sentiu rigidez (ou o corpo travado)?



Não



Sim, muita

9 – Você se sentiu nervoso/a ou ansioso/a?



Não



Sim, muito

10 – Você se sentiu deprimido/a ou desanimado/a?



Não, nem um pouco



Sim, muito