

Psicologia da Doença

L. JOYCE-MONIZ (*)
LUÍSA BARROS (**)

1. PSICOLOGIA DA SAÚDE E PSICOLOGIA DA DOENÇA

Ao conjunto de teorizações e estudos sobre as representações, crenças, ou significações¹ das pessoas (sem formação médica ou paramédica) acerca da doença (física, orgânica), e dos processos de doença, pode atribuir-se a designação *Psicologia da Doença* (e.g., Becker, 1974; Bishop & Converse, 1986; Fabrega, 1973; Lau & Hartman, 1983; Leventhal, Meyer & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Mechanic, 1968; Pennebaker, 1982; Rosenstock, 1966; Sanders, 1982; Skelton & Croyle, 1991).

A Psicologia da Doença integra-se, naturalmente, na Psicologia da Saúde. Como se sabe, esta disciplina emergiu da Medicina Comportamental porque *se cognitivizou*, isto é, passou a considerar as representações individuais sobre saúde e doença, assim como estruturas e processos cognitivos que organizam essas significações, como objecto central de estudo e intervenção. As representações da doença, incluindo a avaliação dos inerentes sintomas físicos e emocionais, explicam as atitudes ou comportamentos da pessoa [*illness behavior* (Mechanic, 1972; Mechanic & Volkart, 1961)] em relação à doen-

ça. A modificação dessas significações conduzir-á, assim, à modificação dessas atitudes.

Mas é forçoso reconhecer que a maioria das teorizações e dos modelos clínicos em Psicologia da Saúde dirigem-se, sobretudo, às representações individuais de processos em prol da saúde, incluindo, por exemplo, o estilo de vida, a prevenção da doença, a adesão ao tratamento médico, ou a recuperação, sem passarem por uma verdadeira reflexão e operacionalidade das representações que a pessoa tem da doença e dos seus processos. Assim, na célebre definição de Psicologia da Saúde de J. Matarazzo (1980), constituinte da Divisão de Health Psychology na American Psychological Association, inclui-se a etiologia e o diagnóstico dos aspectos relacionados com a saúde, doença e inerente disfunção, mas a definição da disciplina centra-se, de facto, na promoção e conservação da saúde, na análise e na melhoria do sistema de cuidados de saúde e política de saúde, e na prevenção e no tratamento da doença.

2. IDENTIFICAÇÃO E CONFRONTO DAS REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA

Os estudos que integram a designada Psicologia da Doença estabelecem como objectivo último a eventual aquisição e/ou modificação de representações de processos em prol da saúde, mas apoiam-se na reflexão e na operacionalidade das cognições sobre a doença, para tentarem atingir esse objectivo. É a compreensão indivi-

(*) Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

(**) Professora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

¹ Neste artigo, estes três termos são considerados sinónimos.

dual da doença que poderá levar às iniciativas de acção pró-saúde, a começar pela representação do confronto (« *coping* ») com essa doença. Genericamente, as significações de confronto antecipam a redução, a eliminação ou a transformação dos sintomas e o curso da doença (Kiely, 1972).

Assim, nos modelos mais representativos em Psicologia da Saúde, as representações de doenças, processos ou sintomas aparecem sempre associadas à possibilidade da sua eliminação ou redução, ou conduzem inevitavelmente ao confronto dessa ameaça («Quem pensa na doença, também pensa em como se ver livre dela!») (Joyce-Moniz & Reis, 1991). Significações de doença e de confronto implicam-se mutuamente. Ideias sobre doenças só são emocionalmente aceites se integrarem concomitantemente ideias de tratamento, cura, reabilitação.

Neste linha, Howard Leventhal fundamenta o seu importante modelo sobre a organização estrutural das cognições da doença, na asserção de que a representação da doença, ou dos seus sintomas somáticos, desempenha um papel importante na condução (« *guiding* ») do processo de confronto (Keller et al., 1989; Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal & Diefenbach, 1991). E Richard Lazarus baseia o seu não menos importante modelo cognitivo dos processos emocionais na convicção de que estes dependem tanto das representações avaliativas dos sintomas físicos como das dos recursos para os confrontar (Lazarus & Alfert, 1964; Lazarus et al., 1970).

A adesão (« *compliance* ») ao tratamento proposto pelo médico faz naturalmente parte de muitos processos de confronto com a doença. No histórico modelo de Crenças de Saúde (« *Health Belief Model* ») (Rosentock, 1966; Becker, 1974), a representação da vulnerabilidade à doença, e das suas consequências, aparece ligada à avaliação da eficácia e do custo das prescrições médicas e à motivação em prol da saúde. Representações do médico e representações do paciente estão dialecticamente implicadas nesta atitude de adesão.

Convém realçar os cinco componentes estruturais ou « *esquemas* » da representação conjunta da doença e do seu confronto, formalizados por Leventhal (*id.*) e outros autores (e.g., Bishop, 1991; Lau, Bernard & Hartman, 1989; Lau & Hartman,

1983), que mais têm sido investigados em psicologia da doença (e.g., processos de hipertensão, enfarte do miocárdio, cancro, mononucleose, doença crónica):

(a) Ideias que levam à *identificação* e nomeação (« *label* ») da doença e dos respectivos sintomas

(b) Ideias sobre as suas *causas* , e.g., sobre a forma de contrair a doença

(c) Ideias sobre a *duração* do processo (« *timetable* »)

(d) Ideias sobre as suas *consequências* ou sequelas

(e) Ideias sobre a respectiva *cura* , e.g., confronto activo, tratamento, recuperação.

Estas cinco temáticas parecem reemergir invariavelmente no imaginário dos cientistas e dos doentes, ao longo da história da Medicina, de Hipócrates aos nossos dias (Schober & Lacroix, 1991).

Ainda nesta perspectiva, poder-se-á estabelecer que a Psicologia da Doença prolonga o interesse da Antropologia Médica pelas representações culturalmente transmitidas e perpetuadas das doenças e dos processos (« *de senso comum* ») para o seu confronto.

Os modelos esquemáticos representam estruturalmente as abstracções feitas pelos seus autores, das representações reportadas pelo doente, tanto de sintomas ressentidos, físicos ou somáticos, como de ideias ou conceitos acerca da doença (incluindo a sua nomeação). Quer isto dizer que as representações do doente também se podem situar a vários níveis de abstracção. Esta diversidade conceitual é importante, porque pode resultar numa experiência da doença, enquanto entidade vagamente definida, ou enquanto contração em manifestações somáticas precisas, o que conduz a indicações igualmente diversificadas para suscitar o confronto com essa doença ou a adesão às prescrições médicas.

3. ADESÃO AO TRATAMENTO MÉDICO

A psicologia da doença inclui, como se sugeriu, o estudo da relação das representações de doença e confronto do médico (diagnóstico/identificação da doença e tratamento prescrito) e as representações de confronto do doente, o que

conduz virtualmente a atitudes de adesão a esse tratamento (e/ou à aceitação do diagnóstico).

O Modelo de Crenças de Saúde (*Health Belief Model*) (Rosenstock, 1966; Becker, 1974; Haynes, Taylor & Sackett, 1979) estabelece uma ligação *correlacional* entre representações de doenças e sintomas e condições da sua prevenção, de adesão ao tratamento e de avaliação do custo dessa cooperação com as prescrições médicas. Mais precisamente, postula a existência de uma correlação positiva entre representações de *susceptibilidade* à doença (possibilidade de a contrair) e de (grau de) *gravidade* atribuída à doença por um lado, e, por outro, da manifestação de atitudes de prevenção e adesão ao tratamento proposto. Estas crenças constituem a condição necessária mas não suficiente para levar a essas atitudes. Assumindo uma orientação pragmática, a pessoa também tem de se representar a eficácia desse tratamento e o seu custo (em termos de tempo, interesse, esforço, receio, embaraço, dinheiro, etc.).

Na análise da numerosa literatura deste modelo sobre investigações empíricas, DiMatteo e DiNicola (1982) indicam, por exemplo, que as crenças tanto na susceptibilidade à doença, como no grau da sua gravidade, estão associadas significativamente à participação activa da pessoa no diagnóstico da doença (e.g., cancro, tuberculose, doença cardíaca), na prevenção da sua ocorrência (e.g., vacinação, exame preventivo de rotina) ou recorrência (recaída), com a adesão às prescrições médicas (e.g., hipertensão, asma, dieta). E que as crenças na eficácia concreta do tratamento estão associadas a estas mesmas atitudes de adesão ao tratamento.

Adesão implica, por definição, uma dialéctica com uma *não-adesão* («*non-compliance*») (e.g.: pôr directamente em causa o tratamento; afirmar aderir ao tratamento já com a convicção não expressa de que dificilmente será seguido «à risca»; afirmar convictamente uma adesão, mas depois não se esforçar suficientemente para traduzir as intenções em atitudes; etc.).

Embora os principais modelos norte-americanos de *compliance* concebam essa dialéctica de modo bastante diferenciado:

(a) *Adesão como norma* (Janis & Rodin, 1979), ou seja, os doentes têm de obedecer mais ou menos cegamente, ou disciplinadamente, à

autoridade (ontológica e epistemológica) médica (expressa em explicações e prescrições do médico). Neste caso, a não-adesão é definida como o não cumprimento das prescrições médicas (Haynes et al., 1979), e esta desobediência à norma é considerada como um desvio inadaptativo e problemático (Haynes, 1976). A perspectiva dinâmica de não-adesão em termos de comportamento autodestrutivo não intencional (Farberow, 1980; Menninger, 1938), e a perspectiva da medicina comportamental que recomenda que o profissional de saúde deve assegurar-se de que o paciente é reforçado ou «sancionado» consoante cumpre ou não as prescrições (Gentry, 1977), inserem-se neste modelo. As representações da doença/confronto do doente têm uma importância diminuta (ou nula) face às significações do médico.

(b) *Adesão como interiorização* (DiMatteo & DiNicola, 1982), ou seja, os doentes têm de se conformar à autoridade médica, mas é dada ao paciente a possibilidade de interiorizar a referida dialéctica. Assim, a adopção de crenças positivas sobre o tratamento leva ao compromisso de manter a atitude de adesão. A não-adesão surge, pois, como uma falha no controlo pessoal dessa representação positiva de processos de confronto. O médico converte-se, pois, no «persuasor» que convence a pessoa que o melhor para ela é aderir *racionalmente* às representações propostas. Não põe em causa a sua autoridade epistemológica mas torna-a mais «apresentável», em comparação com o modelo anterior, integrando as representações da pessoa nessas prescrições [e.g., ajudando-a a compreender e a acreditar no diagnóstico, a avaliar correctamente o impacto potencial da doença, a antecipar a eficácia do tratamento prescrito, e a encontrar formas de usar a medicação que não sejam mais aversivas do que a própria doença (Rosenstock, 1975)]. A perspectiva comportamental-cognitiva de reforço externo e auto-reforço das crenças pró-adesão do paciente, no sentido delas *coincidirem* com as prescrições médicas, ou que os objectivos do paciente se integrem nos do médico, insere-se neste modelo de adesão (Turk et al., 1986). Por exemplo, se os objectivos médicos mais fáceis de atingir forem propostos primeiro, mais a pessoa se convencerá que é necessário, ou possível, aderir ao tratamento (Turk et al., 1983).

(c) *Adesão como dialéctica activa* ou *transacção* (Stone, 1979), ou seja, o confronto (ontológico e epistemológico) entre as representações do paciente e do médico abre a possibilidade da atitude de adesão. O paciente colabora activamente com o médico na concepção do plano de tratamento. Não há imposição, directa ou subreptícia, como nos modelos anteriores mas, de facto, partilha de crenças, deveres e responsabilidades. A não-adesão deixa de ter uma conotação negativa. Se a pessoa não adere é porque o plano inicial tem de ser revisto, igualmente em conjunto. Ou então, estipula-se que a não-adesão pode ser «inteligente» (Weintraub, 1976), quando a decisão deliberada de não adesão é fundamentada em razões consideradas válidas pela pessoa (e.g., análise dos custos e eficácia do tratamento, como sugerido no Modelo de Crenças de Saúde). O que conduz ao seu direito de tomar, activa e autonomamente, as decisões sobre adesão/não-adesão (Kassirer, 1983). A melhor decisão pode resultar, assim, de um processo de procura e avaliação do maior número possível de alternativas ou opções de tratamento (Janis & Mann, 1977). Por exemplo, uma atitude de não-adesão ao tratamento tanto pode emergir de um propósito de deixar a doença seguir o seu curso (renunciando ao tratamento proposto), do facto da pessoa representar outros tratamentos alternativos (porque tem conhecimento deles), ou de antecipar a possibilidade de aceder a esses tratamentos [consulta a outro(s) médico(s)], etc..

Este modelo transaccional é o que melhor integra as cinco temáticas (esquemas estruturais), referidas como fundamentos da psicologia da doença.

Acentue-se, no entanto, que Szasz e Hollander (1956) tiveram o grande mérito de antecipar estas três concepções de adesão. A análise destes autores não parte de uma dialéctica entre as representações do médico e as do paciente, mas de razões contingenciais ligadas à situação concreta da doença e do doente. Assim, no modelo *activo-passivo*, o médico tem o controlo absoluto da situação e o doente desempenha um papel parcialmente (i.e., porque demasiadamente doente e/ou idoso para participar no tratamento) ou totalmente passivo (i.e., porque inconsciente, em coma, etc.). No modelo *orientação-cooperação*, o médico também é a autoridade episte-

mológica que deve prescrever o tratamento para uma doença menos grave (e.g., infecção, rotura de ligamentos), mas actua de forma mais persuasiva e educacional, e o doente também tem o dever de aceitar e seguir, ou cumprir, essas regras, mas essa obediência é mitigada por uma atitude cooperante. No modelo de *participação mútua*, médico e doente «necessitam um do outro» para fazer face à doença prolongada ou crónica, e concordam em seguir os mesmos objectivos e critérios de tratamento/reabilitação, o que conduz a uma maior responsabilização do paciente na implementação concreta desse plano.

4. MODELO ESTRUTURAL DA COGNIÇÃO DA DOENÇA E PSICOPATOLOGIA COGNITIVA

O recurso ao conceito de *esquemas* estruturais para representar abstractamente doenças e processos sintomáticos e de confronto sugere uma aproximação do modelo de Howard Leventhal, provavelmente o mais significativo da psicologia da doença, ao modelo psicopatológico de Aaron Beck (Beck, 1976; Beck et al., 1979; Beck & Freeman, 1990; Bedrosian & Beck, 1980), constituindo também este uma referência fundamental em psicoterapia cognitiva (*sensu lato*).

Ambos os modelos apresentam uma estratificação de estruturas representacionais, indo das mais explícitas e facilmente identificáveis no fluxo do pensamento, às mais tácitas e determinantes, virtualmente acessíveis por meio de um elaborado exercício metacognitivo.

No modelo beckiano (Beck et al., 1985), a superficialidade corresponde aos pensamentos automáticos envolvendo percepções, associações ou memórias, a que a pessoa não presta habitualmente atenção, embora o possa fazer; seguem-se os esquemas específicos que, quando activados em situação, determinam o conteúdo dos pensamentos automáticos, atribuindo-lhes uma representação/significação; depois vêm as «constelações» de esquemas, de maior permanência e abstracção, relacionadas, por exemplo, com noções de auto-estima ou de responsabilidade pessoal; finalmente, o modelo apresenta uma estrutura central ou modo, a mais tácita e determinante da activação dos outros esquemas, representando, por exemplo, a vulnerabilidade individual.

Por sua vez, Leventhal (Leventhal & Diefenbach, 1991) sugere, ao nível mais superficial, as representações da doença em termos mais concretos de sintomas (sensação de febre, nariz congestionado, dores no corpo, enxaqueca, cansaço); a pessoa pode incluir as representações sintomáticas numa outra mais abstracta ou esquemática, utilizando uma designação médica/cultural (gripe); outros exemplos de esquemas específicos estão relacionados com as referidas temáticas de atribuição de causas, consequências e processos de confronto aos sintomas ou à doença nomeada; seguem-se os esquemas posicionais, que permitem situar dialecticamente a doença entre dimensões contraditórias (e.g., doença fatal vs. não fatal; doença crónica vs. curável; doença contraída acidentalmente vs. resultado de acções próprias); as representações mais abstractas, e determinantes para as outras estruturas, parecem estar conotadas com o *self* físico ou com o esquema corporal. Aparentemente, a pessoa serve-se destas representações para avaliar ao nível mais tácito da patologia ou da normalidade das sensações somáticas.

Beck (Beck, 1976; Bedrosian & Beck, 1980) explica o efeito disfuncional destes nódulos, ou destes esquemas centrais, nas representações mais explicitáveis por meio de processos dialécticos de abstracção selectiva, inferência arbitraria, generalização excessiva, personalização, maniqueísmo, etc., que constituem, pois, verdadeiros «erros de pensamento».

Os esquemas processuais, propostos por Leventhal (Leventhal & Diefenbach, 1991), têm a forma de *regras*, que estruturam dialecticamente os *procedimentos*, sendo por sua vez estes que processam as representações mais superficiais da pessoa relativas à doença. E.g.:

(a) *Simetria* ou tautologia («symmetry rule»): a pessoa que experiencia sintomas físicos procurará dar um nome (de doença) a esses sintomas; e a pessoa que se atribui uma doença contará ressentir os sintomas conhecidos dessa doença.

Por exemplo, a pessoa decide tomar um medicamento porque se diagnosticou uma doença; ou porque se acha susceptível a essa doença, tomará um medicamento para prevenir a sua ocorrência. Os processos de representação somatoforme (e.g., hipocondria), abaixo descritos, exemplificam, igualmente, este movimento circular.

(b) Tentativa de *inclusão*: quanto maior for a dificuldade da pessoa em recordar experiências sintomáticas passadas, semelhantes às que ressonante no presente, maior a incerteza e hesitação associada à identificação da doença (i.e., inclusão dos sintomas num «protótipo») («matching prototypes»).

A suspeita «Com estas dores, parece que comi qualquer coisa estragada...» induzirá a um maior sentimento de incerteza, e a acções de comprovação mais activas, do que «Parece que tenho as mesmas dores da outra vez, quando comi o marisco estragado.»

(c) *Indiferenciação*: a pessoa que experiencia os sintomas hesitará entre atribuir-lhes uma causa física ou uma causa emocional («stress-illness rule»), ou em agrupá-los para definir uma doença ou um processo de envelhecimento («age-illness rule»).

«Estou doente ou só sob *stress*?» Por exemplo, apesar do médico poder considerar que a hipertensão é assintomática, o paciente em tratamento poderá usar várias sensações somáticas percebidas como indicador do aumento de tensão sanguínea. Ora essas sensações (e.g., rubor, aceleração cardíaca, enxaqueca) podem ser apenas o resultado de um processo ansiogéneo (Meyer, Leventhal & Gutmann, 1985).

A orientação estrutural dos dois modelos fundamenta-se, essencialmente, no paradigma do processamento da informação (*information-processing*) (Beck, 1987; Leventhal, 1975). Para Beck, são os esquemas mais tácitos e idiossincráticos que provocam os erros de processamento da informação na avaliação da realidade e, assim, a utilização de significações racionalmente inapropriadas para o contexto. Para Leventhal, as representações são hierarquicamente estruturadas por um sistema de processamento da informação, integrando a informação exterior, os esquemas inatos e os «códigos» ou memórias construídas (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984). Este sistema comporta duas vias: a de representação da ameaça de doença e elaboração de um plano para o seu confronto; e a de reacção emocional excessiva e do seu respectivo confronto.

Na mesma perspectiva de organização hierárquica da memória, Bishop (1991) afirma que as representações prototípicas («prototypes») da

doença servem de modelos aproximativos, para a pessoa poder interpretar os seus sintomas e sensações factuais.

Esta ligação da representação à sua expressão emocional também faz convergir os dois autores. Leventhal (Leventhal & Diefenbach, 1991) considera (1) que as representações das sensações somáticas desempenham um papel fundamental («key role») na emergência das reacções emocionais intensas, e (2) que as sensações somáticas desempenham um papel determinante («critical role») na orientação das reacções de confronto. Ora, da perspectiva da psicopatologia cognitiva beckiana, poder-se-ia dizer que (a) a significação pessoal de sensações somáticas ou de sintomas de doença determina a extensão da reacção emocional a essa ameaça ou vulnerabilidade percebida; e (b) a significação pessoal de sensações somáticas ou de sintomas de doença orienta a reacção ou resposta de confronto emocional e instrumental dessa ameaça ou vulnerabilidade percebida.

5. PSICOLOGIA DA DOENÇA E PSICOPATOLOGIA SOMATOFORME

Na perspectiva da psicopatologia descritiva tradicional, ou biomédica, o conceito de síndrome *somatoforme* assenta num desacordo ontológico e epistemológico entre o paciente e o médico: o distúrbio é definido em termos de processos representacionais ou crenças do paciente, quando se conclui que a manifestação de sintomas e/ou queixas somáticas não se enquadra «racionalmente» nas representações do médico ou da Medicina. Com efeito, enquanto que o termo *distúrbio psicossomático* se dirige a uma interdependência causal abrangente entre processos somáticos e psicológicos, o de *somatoforme* dirige-se fundamentalmente a queixas de sintomas físicos, preocupações excessivas com a doença, e conversões de conflitos de significações tácitas em perdas disfuncionais.

Por exemplo, no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III/R* (1987), faz-se a distinção entre representações:

(a) De tipo *preocupação*, quase sempre reportada em termos de *queixa*, sobre uma representação da pessoa, considerada «imaginária» ou

sem correspondência com a realidade em termos médicos e/ou sociais, de uma doença ou de sintomas somáticos: *dismorfofobia*, i.e., preocupação com um defeito, ou defeitos, na aparência física, sobretudo na face; *hipocondria*, i.e., preocupação com o medo de ter uma doença grave, ou crença na existência efectiva da doença; *somatização*, i.e., preocupações com sintomas gastro-intestinais, cárdiopulmonares, neurológicos, uro-genitais, osteo-musculares, etc.; *dor somatoforme*, i.e., preocupação com a dor física, quanto à sua existência, localização e/ou intensidade.

(b) De tipo *conversivo*, isto é, de transformação em termos de disfunção sensorial e/ou motora de uma representação simbólica de um problema ou conflito psicológico, não reportado pela pessoa mas inferido pelo observador (e.g., distúrbio de conversão).

Parece, pois, adequado considerar a *psicopatologia somatoforme* como parte integrante da *psicologia da doença*. Apesar do conjunto de modelos e estudos empíricos e clínicos, até aqui referidos como constituintes desta disciplina, considerar habitualmente as representações de doenças e sintomas somáticos, e as reacções emocionais excessivas que as acompanham, fora de qualquer enquadramento psicopatológico somatoforme.

Embora tradicionalmente se dirija a condições sintomáticas completas, síndromes, ou personalidades, a psicopatologia somatoforme pode proporcionar à psicologia da doença um modelo nosológico de representações de conversão e de preocupação somatoforme, adaptado a *qualquer* paciente com uma doença somática.

Quer isto dizer que se pode conceber um *continuo* de representações somatoformes entre: um extremo, que justificaria a designação de síndrome, personalidade ou numa qualquer outra classe psicopatológica; e o outro extremo, que representaria simplesmente o imaginário da doença da pessoa «normal».

Por exemplo, de um lado seriam colocadas as simples preocupações do doente com a doença, sintomas ou consequências, geralmente contingentes ao processo de doença [hipocondria secundária (Pilowsky, 1970)] e, do outro, as crenças permanentes, persistentes e obsessivas com a doença de uma personalidade hipocondríaca

[hipocondria primária (*idem*)]. Ou, de um lado, as alterações funcionais do corpo, como resultado de uma transformação ou conversão de representações debilitantes durante a fase de reabilitação pós-hospitalar e, do outro, a sistematização de uma ou mais disfunções conversivas de uma personalidade histérica [eventualmente de um síndrome de Briquet (Woodruff et al., 1971)].

Nos distúrbios da personalidade, as representações da doença podem não diferir das do outro extremo no que diz respeito aos conteúdos ou temáticas, e por isso servir de modelo estruturado de referência para os problemas somatoformes das pessoas. Mas são muito mais persistentes, repetitivas, circulares, e determinantes de toda a vida psíquica da pessoa, comparativamente às simples preocupações somatoformes e somatizações de qualquer pessoa, esteja ela em condição de doente ou não. E acarretam diferentes consequências, que interessam de sobremaneira à psicologia da saúde. Por exemplo, as mulheres com personalidade histérica ou síndrome de Briquet tenderão a envolver-se em muito mais processos cirúrgicos do que as outras mulheres, não assimiláveis a essa nosologia conversiva (Lindberg & Lindegard, 1963; Bibb & Guze, 1972).

Por sua vez, as representações somatoformes associadas a distúrbios da disposição (sobretudo depressão) ou da ansiedade, que incluem naturalmente outros esquemas significativos ligados à desvalorização e à vulnerabilidade, situar-se-iam ao longo do contínuo, talvez em zonas mais próximas do pólo dos síndromes somatoformes propriamente ditos.

No outro extremo, poder-se-ia ainda colocar a chamada «doença dos estudantes de Medicina», que não é mais do que a expressão hipocondríaca da «intelectualização» de sintomas a que se entregam, num determinado período da sua formação, cerca de 70% destes estudantes (Woods et al., 1966). Mais tarde, a persistência desta ideação conduziria o médico para o outro extremo.

Em psicologia da doença, o diagnóstico do posicionamento da pessoa no contínuo de representações somatoformes poderá ser fundamental, precisamente porque os *processos dialécticos* dos dois pólos de significações são diferentes. Como se sugeriu, no patológico, a dialéctica é de fecho, estabilidade e tautologia. O que sugere significações inadequadas ou ineficazes de con-

fronto («coping schemas») com as significações somatoformes. No de normalidade, apesar das representações poderem enquadrar-se nas mesmas temáticas (inadaptativas ou «sintomáticas») das do outro pólo, a dialéctica que as liga às outras representações da pessoa, é de abertura, transformação e expansão. O que pressupõe a existência de representações adaptativas de confronto com as somatoformes.

Em consequência, as metodologias interventivas do psicólogo da saúde só ganharão em estar em consonância com os processos dialécticos com os quais os pacientes organizam as suas crenças somatoformes. Por outras palavras, os procedimentos do psicólogo para identificar, confrontar ou mudar as crenças somatoformes do paciente devem não só partir dos conteúdos ou temáticas dessas crenças mas, sobretudo, dos processos subjacentes, expressos na forma como a pessoa ordena, compara, combina, transpõe, transforma, etc., essas crenças.

6. REALIDADE DA DOENÇA E SIMULAÇÃO

Em psicopatologia somatoforme, os temas, esquemas ou sistemas de representações da doença mais importantes têm a ver com uma questão ontológica sobre a *realidade* dessa doença. Como se referiu, considera-se o distúrbio, quando há conflito entre a afirmação pelo doente, implícita ou explícita, da existência da doença ou dos sintomas, e a negação dessa possibilidade pelo interlocutor (e.g., o médico) em termos de existência orgânica ou fisiológica desses sintomas. O que leva à convicção obsessiva na realidade da doença ou dos sintomas e, frequentemente, à expressão compulsiva dessa crença, na dismorfofobia, hipocondria, somatização ou dor somatoforme.

Este conflito ontológico tem, naturalmente, um processamento epistemológico. A pessoa vive o eterno conflito entre o (seu) subjectivo e o objectivo (dos outros). Está convencida que sabe «conhecer» a sua doença ou os seus sintomas. E este conhecimento passa por uma explicação ou representação das suas causas, consequências e duração, ou das tentativas falhadas do seu confronto/tratamento, como se pretende nos modelos mencionados de psicologia da doença. E, sobretudo na hipocondria, pode estar convencida

que os outros, principalmente o médico, não conseguem, ou não querem, chegar ao mesmo conhecimento do seu corpo.

A crença na realidade da doença também pode sugerir um segundo *contínuo bipolar*: de um lado, situar-se-iam as preocupações somatoformes (dismorfofobia, etc.) que expressam essa crença na realidade (orgânica, fisiológica) da doença ou dos sintomas. Do outro, as representações de *simulação* deliberada da doença ou dos sintomas, que partem da crença da inexistência da doença, ou da sua existência *provocada voluntariamente: motivada por incentivos externos* [*malingering* (DSM-III/R)] como obtenção de compensações socio-afectivas, morais ou financeiras, como evitamento de deveres ou punições, etc.

Neste pólo, a pessoa intencionalmente provoca ou exagera os sintomas para simular a doença, com vista a um ganho concreto ou explícito. E mente em consequência. O que levou Szasz (1956) a dizer que o «*malingering*» constitui uma acusação mas não um diagnóstico.

Curiosamente, a história da Medicina, pelo menos até ao fim do século XIX, confunde-se com o uso sistemático de procedimentos médicos de simulação deliberada, com ablações orgânicas, sangrias, purgas, ingestões de partes de cadáveres ou de comprimidos inócuos, sugestão hipnótica, etc., a que se deu o nome de «efeito placebo» (Shapiro, 1959). A utilização criminosa de pessoas sãs, como cobaias para inocular doenças e testar tratamentos, constituiu, posteriormente, a caricatura trágica desse direito médico ao «*malingering*».

Numa posição intermédia no contínuo, embora mais chegada ao último pólo, estaria a simulação deliberada: *motivada por incentivos implícitos* [*factitious disorder/illness (id.)*], como necessidade intrínseca, «psicológica», de desempenhar o papel de doente (e.g., síndrome de Munchausen).

Contrariamente às somatizações disfuncionais das conversões histéricas, a pessoa mente sobre os sintomas (e.g., aquecer o termómetro para simular febre; invenção compulsiva de sintomas ou *pseudologia fantástica*), ou provoca-os deliberadamente (e.g., lesões na pele; hemorragias pela ingestão de anticoagulantes). Mas, nos dois casos, as razões subjectivas da pessoa para transformar o seu corpo, conflitos emocionais ou ga-

nhos implícitos, têm de ser inferidas ou representadas hipoteticamente pelo observador. Do mesmo modo, este terá de inferir que, no caso da *doença fictícia*, a pessoa acredita na realidade dos sintomas, porque os simula intencionalmente, mas não na realidade da doença; e, no caso da *transformação conversiva*, que a pessoa adere à realidade dos sintomas orgânicos e disfuncionais e, se os simula, não o faz intencionalmente.

Ainda em posições intermédias do contínuo, mas mais chegadas ao pólo das preocupações somatoformes «autênticas», situar-se-iam, as representações de doenças ou sintomas fictícios, que integram os distúrbios da ansiedade e da disposição, em especial a depressão. E, ainda mais próximas desse pólo, as representações somatoformes da personalidade *limite* («borderline»).

O diagnóstico do posicionamento da pessoa ao longo do contínuo autenticidade-simulação é fundamental em psicopatologia somatoforme. Poderá servir, igualmente, em psicologia da saúde, já que os processos de simulação e exageração de sintomas são relativamente frequentes nas pessoas que não se enquadram nas categorias nosológicas referidas. O psicólogo da saúde deverá ajudar os médicos e paramédicos a efectuar um diagnóstico informal do posicionamento ontológico dos pacientes, que apresentem alguns sintomas ambíguos (i.e., simuláveis), considerando a forma como eles professam a sua «fé» na *existência da doença, descrevem as causas e os sintomas*, ou apresentam as suas preocupações somatoformes. E ajudá-los a actuarem, de acordo com esse posicionamento, limitando ou impedindo o acesso dos pacientes aos ganhos ou vantagens antecipadas.

Para além do síndrome de Munchausen, as principais sintomatologias fictícias (Ford, 1983) têm a ver com febre (simulada), *dermatitis artefacta* (lesões na pele auto-induzidas), *doenças do sangue* (anemia, hemorragias diversas), *doenças endócrinas* (hipertiroidismo, feocromocitoma, hipoglicémia), *doenças gastro-intestinais* (anorexia, bulimia, lesões provocadas pelo uso abusivo de laxativos).

7. PSICOPATOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO

As temáticas, ou esquemas estruturais relativas à doença ou aos distúrbios somatoformes,

referidas como preponderantes em psicologia da doença (i.e., identificação, causas, consequências, duração, confronto), ou os contínuos bipolares das representações somatoformes da psicopatologia tradicional (e.g., ontologia da verdade e da simulação, descrição sintomática, ganhos explícitos e implícitos) podem ser concebidas e ordenadas em termos de psicopatologia do desenvolvimento (Joyce-Moniz, 1993; Joyce-Moniz & Reis, 1991).

No essencial, a psicopatologia do desenvolvimento constitui-se nas interações entre a psicologia do desenvolvimento cognitivo, emocional e/ou social, por um lado e, por outro, as nosologias e os processos etiológicos da psicopatologia tradicional. Trata-se da leitura mais completa da psicologia do desenvolvimento: a que concebe a evolução natural das estruturas e funções mentais como um processo (evolutivo «natural») *ordenado em descontinuidades*.

Isto significa que, ao longo do processo contínuo do crescimento ou do envelhecimento, é possível conceber pausas, níveis, estádios ou períodos de relativa estabilidade de funcionamento psicológico, que se sucedem ordenadamente (Joyce-Moniz, 1993).

No caso dos distúrbios somatoformes, este domínio psicopatológico também se fundamenta essencialmente nas significações ou representações subjectivas, que a pessoa perturbada faz da realidade da doença.

Contrariamente aos modelos tradicionais de psicopatologia, que fazem corresponder a cada síndrome, ou organização patológica genérica, um determinado nível de desenvolvimento (e.g., a esquizofrenia equivaleria à indiferenciação objectal do recém nascido, as personalidades esquizotímicas à labilidade psíquica e ao autismo dos primeiros meses), na psicopatologia do desenvolvimento, cada distúrbio é expresso por formas sintomáticas ordenadas ao longo do desenvolvimento em níveis de progressiva diferenciação e integração. Quer isto dizer que, em cada um dos níveis de significação pode aparecer qualquer tipo de sintoma emocional ou comportamental, próprio dessa organização patológica. Isto é, não se pode fazer corresponder um determinado sintoma a um determinado nível.

As significações sintomáticas, tal como as não-sintomáticas, partilham dos mesmos sistemas ou temas gerais. E podem ser ordenadas em

sequências semelhantes às do desenvolvimento sócio-cognitivo adaptativo (*idem*). As significações sintomáticas dos níveis superiores, à semelhança das significações adaptativas, são mais inclusivas, extensivas e abstractas do que as dos níveis inferiores.

No entanto, sintomas dos níveis inferiores são, geralmente, mais *persistentes* ou menos *modificáveis* do que os dos níveis superiores de significação (Joyce-Moniz, 1989). Assim, níveis inferiores de significação levarão a menos *possibilidade de controlo* da intensidade e extensibilidade dos respectivos sintomas emocionais e, naturalmente a um *menor auto-conhecimento das significações*, subjacentes a esses sintomas (*idem*).

Em psicopatologia cognitiva (e.g., Beck et al., 1985), designa-se *hipervalência* de um esquema representativo, o seu nível de activação em relação aos outros esquemas, que determina a sua predominância na consciência ou a possibilidade de ser alvo da atenção selectiva. O acesso a cada nível é caracterizado por uma maior possibilidade de activação em contexto das significações temáticas desse nível, relativamente às significações dos níveis inferiores. Estas não desaparecem, mas permanecem numa condição de latência ou inactivação, prontas a reemergirem para a condição de hipervalência/preponderância.

O grau de gravidade da perturbação não depende da qualidade ou da intensidade dos sintomas, mas da premência e da extensão das *acções dialécticas deficientes*, que impossibilitam o processo adaptativo de transformação e equilíbrio pessoal (Joyce-Moniz, 1993). Estes processos dialécticos deficientes poderão incluir o que se referiu em termos beckianos como processos disfuncionais ou erros do pensamento e, na teorização de Leventhal, como regras de procedimentos.

As temáticas de representação de psicopatologia somatoforme mencionadas podem, pois, ter uma formalização em termos de níveis de desenvolvimento: *preocupações hipocondriacas*, incidindo (a) na realidade ou a veracidade da doença, incluindo a explicação das suas causas, (b) no confronto das representações próprias com as de outrem, incluindo a adesão às prescrições médicas; *queixas somatoformes*, incidindo (a) na vivência subjectiva do corpo e experiência das suas funções/disfunções, (b) na descrição dos sin-

tomas somáticos, incluindo o seu relacionamento eventual com processos psicológicos; *transformações conversivas*, incidindo (a) no ganho ou na vantagem (subjectivo/a) associado à conversão disfuncional, (b) na identificação com os sintomas de outrem.

As sub-temáticas (a) confronto com explicações de outrem (médico) e (b) ganho com a disfunção são, naturalmente, as mais conotadas com o domínio referido de adesão ao tratamento.

A inclusão de certas sub-temáticas nos três grupos nosológicos é algo arbitrária, pois a mesma sub-temática (e.g., identificação com os sintomas de outrem) poderia ser determinante em duas temáticas diferentes (e.g., preocupações hipocondríacas e representações conversivas). Esta arbitrariedade resulta de se ter reduzido ao essencial a caracterização dos três grupos.

As sequências de níveis de representações conotadas com essas quatro temáticas, que são especificadas a seguir, foram retiradas do modelo nosológico antes referido (Joyce-Moniz, 1993) de psicopatologia dialéctica e do desenvolvimento.

8. NÍVEIS DE REPRESENTAÇÃO DE PREOCUPAÇÕES HIPOCONDRIÁCAS

Como se referiu, para além das significações destes *distúrbios* incidirem na veracidade ou realidade da doença, dos sintomas e dos defeitos, ou na eficácia do seu diagnóstico ou tratamento, a coordenação destas significações com as de outrem (e.g., médico, família) também desempenha um papel importante na estrutura geral da preocupação.

Nos níveis inferiores, as preocupações hipocondríacas têm uma estrutura semelhante aos *delírios somáticos* (e.g., paranóia, esquizofrenia); nos níveis superiores, as preocupações assemelham-se às obsessões de dúvida na realidade da doença, ou de alcance da acção perfeita de diagnóstico e/ou de tratamento.

Nível 1

As significações sobre a realidade da doença apoiam-se na percepção ilusória de sensações físicas pouco discriminadas, consideradas «anormais».

A presença ou a antecipação da doença é

atribuída a uma punição por uma acção errada (e.g., desobediência, mau comportamento).

Procura sistemática de sinais sintomáticos físicos, e/ou auto-comiseração concomitante à convicção da realidade da doença.

A pessoa está centrada na oposição rígida e unilateral às significações das figuras da autoridade (e.g., médico) sobre o processo de doença. Vê apenas a sua perspectiva e é incapaz de compreender as perspectivas divergentes dos outros (e.g., médico, família). A «ideia fixa» na doença resiste teimosamente a todos os argumentos dos outros, que são sistematicamente ignorados, e/ou ressentidos como «má vontade» ou «propósito de prejudicar». Desobediência sistemática e irreflectida a todas as indicações dos médicos para a pessoa se submeter a exames, que possam desconfirmar a veracidade da doença.

Nível 2

As significações sobre a realidade da doença reflectem a crença na acumulação e na intensificação de sintomas físicos diferenciados.

A presença ou a antecipação da doença são atribuídas a uma agressão de entidades exteriores (e.g., contágio por transmissão de germes, envenenamento, frio excessivo).

Procura sistemática de sintomas físicos, que impedem a satisfação de desejos e necessidades, tais como o vigor físico, a alimentação abundante, a resistência ao cansaço ou ao sono, o rendimento sexual.

A pessoa sabe que os outros (e.g., o médico) podem perceber a sua perspectiva sobre a doença, mas não consegue compará-la simultaneamente com a perspectiva contrária do interlocutor. Deste modo, a sua oposição permanece rígida e as suas atitudes podem ser de hostilidade ou agressividade contra o interlocutor.

Nos casos de personalidade hipocondríaca, pode haver delírio persecutório, em que a pessoa se sente alvo de uma conspiração dos médicos e/ou da família. Acaba por se insurgir contra todos os diagnósticos e consultas, refugiando-se na solidão para remoer a sua hostilidade, ou recorrendo só a «entendidos», que lhe podem dar razão (e.g., curandeiros).

Nível 3

As significações sobre a realidade da doença baseiam-se na percepção de sintomas, mas de

forma incerta ou insegura, o que impossibilita o conhecimento «absoluto» da doença ou da sua evolução.

A presença ou a antecipação da doença é atribuída à disfunção de um órgão, ou da totalidade do organismo.

Procura sistemática de sintomas físicos, que possam acabar com as dúvidas sobre o funcionamento de órgãos/organismo ou a evolução negativa do processo.

A pessoa compreende que as pessoas afeiçoadas (e.g., família) ou respeitadas (e.g., médico) têm uma opinião diferente da sua sobre a doença, comparando simultaneamente as respectivas perspectivas. A constatação da discrepância gera sentimentos de insegurança, vergonha ou culpa. O que leva a novas interrogações repetitivas ou obsessivas. A pessoa manifesta sentimentos ambivalentes em relação ao «seu» médico, variando de um extremo de dependência e submissão, quando aquele não contraria as suas convicções, a outro de amuo ou agressividade, quando não concorda com ela.

Múltiplas hesitações ou incapacidade de decisão quanto à submissão a um novo exame/diagnóstico alternam com um entusiasmo exagerado ou uma adesão incondicional a essa nova via.

Nível 4

As significações sobre a realidade da doença incidem na manifestação de sintomas, considerados subjectivos, mas que podem ser compreendidos racionalmente, por meio de avaliações (diagnósticos) consideradas «científicas».

A presença ou a antecipação da doença é atribuída a uma ruptura das estruturas do sistema orgânico.

Procura sistemática das diferenças «racionalis» ou das contradições «científicas» entre significações próprias sobre processos de doença, e as significações do sistema valorizado (e.g., médicos, amigos), recorrendo a artigos, literatura de divulgação médica, opiniões «autorizadas», etc..

A racionalidade da pessoa sobre o processo da doença é comparada obsessivamente com a do sistema valorizado. Tenta apanhar o médico em falta, ou provar a sua incompetência. Não desiste de encontrar, dentro do sistema institucional (e.g., Medicina, hospital), uma confirmação das suas suspeitas. Prefere andar de médico em médico, envolvendo-se em exames cada vez mais

sofisticados ou seguindo religiosamente as explicações dos clínicos, do que recorrer a «entendidos» (e.g., curandeiros).

Virtualmente, pode convencer-se do exagero das suas convicções, ou mesmo da não existência de qualquer doença ou disfunção, mas isso não a faz sentir melhor. Ao contrário, procura chegar à «certeza absoluta», num processo, sistemático ou ritualizado, muito semelhante ao da pretensão da perfeição pelo obsessivo-compulsivo.

Nível 5

As significações sobre a verdade da doença não assentam necessariamente na percepção dos sintomas físicos, uma vez que há consciência da natureza psicológica e idiosincrática dessas significações.

A presença ou a antecipação da doença é atribuída a um desequilíbrio entre determinantes somáticos e psicossociológicos (e.g. estilo de vida). Procura sistemática de contradições ou insuficiências nas interpretações pessoais, sobre processos de doença, que permitam confirmar a natureza «imaginária/ilusória» ou «psicossomática» dos sintomas (aparentemente) percebidos.

As perspectivas da pessoa sobre processos de doença e de saúde são consideradas como completamente distintas das de outras pessoas, ou do sistema médico. Tentativa de coordenação desses pontos de vista a um nível mais geral, orientado para a integração psicológica e somática (e.g., «Com outros meios de diagnóstico, seria possível um acordo»; «Se o médico compreendesse a confusão que me vai na cabeça, também compreendia as minhas preocupações com a saúde.»).

Balanceamento obsessivo entre a possibilidade da preocupação ser infundada, porque os sintomas são *exclusivamente* imaginados, e a possibilidade de ser parcialmente fundamentada, porque os sintomas são psicossomáticos (i.e., psicológico e somático concorrem para a constituição da deficiência; psicológico concorre para agravar ou exacerbar o somático). Receio da loucura (frenofobia) como possível resolução do dilema.

9. NÍVEIS DE REPRESENTAÇÃO DE QUEIXAS SOMATOFORMES

Como se referiu, as significações preponderantes destas queixas têm a ver com a vivência

ou a experiência subjectiva do corpo, incluindo a experiência das suas funções e/ou disfunções, percebidas ou antecipadas, e com a descrição dos sintomas somáticos, incluindo o seu relacionamento com processos psicológicos. Nos níveis superiores, a experiência corporal não se restringe aos sintomas somáticos, mas tende a integrá-los nos processos psicológicos.

Nível 1

A vivência do corpo centra-se na experiência imediata das sensações somáticas diferenciadas, concebidas como desligadas umas das outras.

Os sintomas somáticos são descritos, por exemplo, de forma: (a) indiferenciada ou global (e.g., «Todo o corpo está afectado.»; «Dói-me a cabeça, o peito, a barriga... Tenho vômitos, oiço mal e o coração parece que rebenta.»); (b) categórica, imediata, com atribuições de «tudo ou nada» (e.g., «Ou oiço bem, ou fico logo completamente surdo.»; «Quando a dor começa, vem logo fortíssima.»); (c) a confundir causas e sintomas (e.g., «A diarreia faz-me enjoar a comida forte.»; «Com esta tosse, já nem aprecio o tabaco.»).

Nível 2

A vivência do corpo centra-se no seu rendimento funcional sensorial e muscular, definido em termos de aptidões e atributos específicos para dominar o meio, ou na diminuição desse rendimento.

Os sintomas somáticos são descritos, por exemplo, de forma: (a) diferenciada, relativamente aos órgãos e sistemas fisiológicos principais (e.g., «Só me dói quando preciso de urinar...»; «O aperto é neste músculo...»); (b) gradual, na frequência e na intensidade (e.g., «Só de manhãzinha é que vomito.»; «A dor começa devagarinho e aumenta a pouco e pouco.»); (c) a incidir sobre a sua ligação causal com as necessidades e aptidões físicas (e.g., «Desde que tenho estas hemorragias no período, já nem consigo ter relações.»; «As dores estragam-me o apetite e não me deixam trabalhar.»).

Nível 3

A vivência do corpo centra-se na experiência da funcionalidade, ou disfuncionalidade, de processos somáticos de órgãos específicos (e.g., coração, estômago, ouvidos) e da transformação de atributos físicos conotados com o relaciona-

mento socio-afectivo (e.g., face, obesidade, seios, pénis).

Os sintomas somáticos são descritos de forma (a) processual e/ou sequenciada (e.g., «Começo por sentir o braço dormente. Depois, sinto uma espécie de fraqueza ou de amolecimento. Finalmente, parece que fica paralisado.»); (b) incerta ou duvidosa, quanto às relações causais; ou ambivalente, quanto aos processos (e.g., «Não percebo se tenho mais hemorragia quando o período vem fora do tempo.»; «Se eu soubesse quais eram as consequências deste ardor...»; «Tanto me dá para ter falta de ar como para respirar muito depressa.»); (c) a incidir sobre processos psicológicos de natureza emocional e relacional (e.g., «É quando estou com as outras pessoas que me sinto confusa e tenho estas convulsões.»; «Se escondo do meu marido estes problemas da gravidez, tenho ainda mais dores e vômitos.»).

Nível 4

A vivência do corpo centra-se na experiência da funcionalidade, ou disfuncionalidade, de processos somáticos incluídos em sistemas (cárdio-vascular, digestivo, auditivo) e da transformação de aptidões físicas conotadas com a responsabilidade e o dever institucional (e.g., perda de vista ou ouvido, cansaço).

Os sintomas são descritos, por exemplo, de forma (a) a separar os processos disfuncionais (e.g. «Sei bem que as dores do peito não querem dizer que vou ter um ataque cardíaco, mas que tenho uma lesão muscular.»); (b) a encontrar a racionalidade dos determinantes etiológicos (e.g., «As análises são negativas e não devia sentir nada, mas a verdade é que sinto.»; «É por estas dores não fazerem sentido, que gostava de saber o que é que as provoca.»); (c) a justificar os receios de incapacidade funcional ou de evolução catastrófica («Se não me obrigassem a faltar às minhas obrigações profissionais, podia passar bem com o reumático.»; «O facto destes exames não darem nada prova que a situação pode ser ainda pior. Pois se tenho estas dores de cabeça, tonturas e convulsões...»); (d) a relacionar directamente processos psicológicos com sintomas físicos («Quando estou mais ansiosa, pioro da colite.»).

Nível 5

A vivência do corpo é semelhante à do nível

anterior, mas dando maior ênfase à experiência de equilíbrios ou desequilíbrios entre processos físicos e psicológicos (e.g., perda de vigor/força e raciocínio).

Os sintomas são descritos, por exemplo, de (a) forma relativizada e idiossincrática («Sei bem que não é grave, ou que não é nada, mas incomoda-me bastante.»; «Queixo-me disto como outros se queixam de outras coisas.»; «Cada um vive com as suas dores, reais ou imaginárias.»); (b) a incidir em factores psicossociológicos («É a vida que levo, que me faz sentir assim.»; «Mesmo que os exames não revelem nada, com todas as porcarias que como, é natural que tenha más digestões.»); (c) a integrar sintomas físicos e processos metacognitivos («Se me digo que tudo é da minha imaginação, fico ansioso, e tenho o ataque de asma. Se tento não me preocupar e relaxar-me, tenho o ataque à mesma. Se não penso realmente em nada, não chego a saber porque é que tenho o ataque.»).

10. NÍVEIS DE REPRESENTAÇÃO DE TRANSFORMAÇÕES CONVERSIVAS

Como se sugeriu, o distúrbio de tipo conversivo pode ser caracterizado em termos de atribuição da disfunção motora, sensorial, etc., tanto a uma representação de *ganho/vantagem* para um conflito subjacente, como a uma de *identificação* a uma pessoa com essa disfunção.

As significações dos níveis, apresentadas a seguir, serão comparadas aos *estilos* significativos sobre processos de doença, identificados por diversos autores cognitivistas em Psicologia da Saúde.

Nível 1

A disfunção permite um ganho de dependência e desresponsabilização.

Esta vantagem poderá reflectir-se no «estilo introvertido» (Millon, 1982). A pessoa mostra-se vaga, alheando-se dos seus próprios sintomas. Actua passivamente, como se os problemas não fossem dela. Mas também poderá corresponder ao «estilo cooperativo», na medida em que a pessoa procura desresponsabilizar-se dela própria, apoiando-se excessivamente nos outros, que a tratam (Millon, 1982). Leigh e Reiser (1980) afirmam que estes pacientes desejam,

sobretudo, isolar-se e não serem incomodados pelos outros. Esquecem-se, ou são indiferentes aos tratamentos.

Identificação eventual com os sintomas mais externos ou dramáticos de um parente, ou de uma figura de autoridade ou de protecção. Contudo, neste nível, a capacidade de identificação ainda é limitada.

Nível 2

A disfunção permite um ganho de favores e oportunidades especiais.

O estilo a que Millon (1982) chama de «confiante» (i.e., o paciente conta com uma deferência ou um tratamento «especiais», e procura tirar partido dos outros) parece enquadrar-se nesta vantagem. A operação de compromisso, que Radley e Green (1985) designaram de «ganho secundário» (i.e., o paciente espera tirar benefícios da sua condição de doente), também pode definir este nível.

Identificação preferencial com as pessoas que apresentam uma perturbação disfuncional manifesta de tipo motor (e.g., paralisia, hemiplegia) e, com menor frequência, sintomas superficiais (e.g., dermatite, edema), que limitem objectivamente as suas aptidões instrumentais (e.g., andar, correr) ou possibilidades hedónicas (e.g., divertir-se).

Nível 3

A disfunção permite um ganho da estima e da aprovação dos outros.

Esta vantagem parece corresponder ao estilo «inibido» (i.e., o paciente espera ser rejeitado, e preocupa-se excessivamente com o que os outros possam pensar dele), e «sociável» (i.e., o paciente preocupa-se mais em agradar aos outros, obter atenções e afectos, do que com os problemas da doença) (Millon, 1982).

Grande sensibilidade para a identificação com as queixas, ou com os sintomas visíveis das pessoas afeiçoadas, ou que se encontram na mesma situação de carência afectiva e rejeição. Identificação semelhante em relação às pessoas, mesmo desconhecidas, que apresentam também sintomas histéricos «espectaculares».

Nível 4

A disfunção permite um ganho de auto-dis-

ciplina e respeito pelos outros, ou pela instituição.

O «estilo dominador» (i.e., o paciente pretende controlar a doença a qualquer preço, dominando e intimidando os outros) poderá, talvez, ser incluído nesta vantagem. Mas o que aqui se enquadra melhor é o «estilo respeitoso» (i.e., o paciente considera a doença como um «falhanço de vida», mas mostra disciplina e seriedade no tratamento, conformando-se às suas regras (Millon, 1982).

A identificação dirige-se mais ao estatuto do modelo do que aos seus conteúdos sintomáticos. Os outros terão de ter um estatuto social, profissional ou cultural semelhante ao do histérico, ou um estatuto superior, mas merecedor de respeito e admiração, para que a imitação sintomática se produza.

Nível 5

A disfunção permite um ganho «niilista» de análise existencial (e.g., revisão dos valores e auto-condenação).

Esta vantagem engloba, provavelmente, o «estilo sensível» (i.e., o paciente crê que deve sacrificar-se, expressando habitualmente descontentamento com a sua vida, e mostrando-se desiludido consigo e com os outros, incluindo os que tratam dele) (Millon, 1982).

Virtualmente, neste nível, a pessoa é pouco propensa à identificação com os sintomas de outrem. O seu individualismo e solipsismo levam à «improvisação» autónoma da sua própria expressividade conversiva.

11. AVALIAÇÃO DESENVOLVIMENTISTA EM PSICOLOGIA DA DOENÇA

Foi antes proposto que a psicologia da doença se pode fundamentar, em termos de operacionalidade clínica, no diagnóstico do posicionamento da pessoa ao longo de dois contínuos (dialécticos) de representações de normalidade-patologia e de autenticidade-simulação.

Dentro desta perspectiva, o psicólogo da saúde pode (a) entrevistar o paciente para efectuar estas avaliações nosológicas de maneira estruturada e, talvez com maior frequência, (b) ajudar o médico a definir, de modo informal, os dois posicionamentos.

O posicionamento no contínuo normalidade-patologia assenta, em grande parte, numa avaliação da contingencialidade, da permanência, da frequência, da transformação, da estagnação, da circularidade, etc., ou seja dos processos dialécticos com que a pessoa organiza essas representações somatoformes.

O posicionamento no contínuo autenticidade-simulação tem a ver com a estimativa da credibilidade dessas representações, ou da existência de intenções não explícitas de ganhos com a doença. Esta apreciação baseia-se não só no conteúdo das representações mas, igualmente, na forma como são expressas (a outrem).

As sequências de níveis de representação hipocondríaca, conversiva e de somatização sugerem que a psicologia da doença também se pode fundamentar num diagnóstico desenvolvimentista que, por definição, traduz um posicionamento da pessoa ao longo de (cinco) descontinuidades.

Do mesmo modo, o psicólogo da saúde pode (a) avaliar directa e estruturadamente as significações do doente, ou (b) ajudar o médico a comparar o seu nível de representação da doença e dos sintomas do doente com o do cliente, para que o médico consiga uma melhor *comunicação* com o doente.

O posicionamento da pessoa num determinado nível temático parte de uma apreciação das significações somatoformes da pessoa, incluindo as significações de confronto com as explicações e prescrições dos médicos. Estes temas, ou esquemas, coincidem com os da psicologia da doença, na medida em que incidem sobre a identificação ou nomeação da doença, a concepção das suas causas, a descrição dos sintomas ou a antecipação de outras consequências, e o confronto com as significações do médico, incluindo as prescrições de tratamento.

Para o psicólogo da saúde, a avaliação psicológica desenvolvimentista tem como objectivo genérico adequar a sua intervenção clínica directa com o doente, ao nível ou níveis de representação da doença e de confronto, em que o paciente funciona.

O que implica frequentemente, para o psicólogo, um trabalho de coordenação das representações do doente com as explicações etiológicas e prescritivas do médico. A coordenação das

duas perspectivas prepara, pois, a proposta de uma melhor comunicação médico-doente.

Desta forma, o médico pode ser ajudado a ganhar a distância necessária em relação aos seus próprios conceitos, para ter em conta os do doente. E pode estimar que as suas explicações sobre a etiologia ou a evolução da doença se situam num nível diferente (provavelmente superior) do nível das significações da doença do paciente e, em consequência, que este só dificilmente pode compreender e aceitar como válidas essas explicações. E decidir, não tanto «baixar» o seu nível de representação para o fazer coincidir com o do paciente mas, ao contrário, enriquecer as suas explicações com respostas às dúvidas mais concretas, com análises mais contingenciais da evolução dos sintomas, ou com imagens/metáforas mais sugestivas para representar o processo de tratamento.

Para responder a este objectivo de diagnóstico e coordenação, o psicólogo tem de saber o que este diagnóstico desenvolvimentista pode ou não discriminar.

O que a sequência de níveis *não* permite diferenciar:

(a) Qualquer nível de representação somatoforme ou conversiva pode conter qualquer tipo de sintoma orgânico/neurológico;

(b) Qualquer nível de representação hipocondríaca pode dirigir-se a qualquer tipo de doença física;

(c) Qualquer nível de representação pode associar qualquer nível de intensidade, duração e frequência de qualquer tipo de emoção excessiva (e.g., disforia, ansiedade, cólera).

O que a sequência permite diferenciar:

(a) Representações somatoformes e de confronto de níveis de significações superiores são mais estruturadas por processos *metacognitivos* (de reflexão sobre o pensamento) do que as dos níveis inferiores. (aa) Comparativamente às de nível inferior, pessoas funcionando a nível superior de significação terão maior facilidade, ou menor dificuldade, em compreender tanto as suas próprias representações como as do interlocutor (médico)

(b) Representações somatoformes e de confronto dos níveis de significação inferiores são

mais persistentes, ou menos *modificáveis*, do que as dos níveis superiores. (ba) Comparativamente às de nível inferior, pessoas funcionando a nível superior de significação confrontarão com maior eficácia as representações de teor inadaptativo (somatoformes), ou mudarão com maior facilidade para significações adaptativas de confronto com sintomas físicos e emocionais.

Funcionando a nível superior, o doente apresenta os mesmos sintomas somatoformes e emocionais, mas pode ter acesso a mais e melhores instrumentos conceituais e dialécticos para confrontar esses sintomas (e.g., maior flexibilidade, coordenação, ou transformação de ideias de auto-controlo). Quanto mais alto se situa na sequência, quanto melhores as possibilidades para o doente se (auto)controlar.

Isto não deve levar o psicólogo a estabelecer, como objectivo prioritário da sua acção interventiva, a passagem do paciente para um nível superior de representação. Mas, ao contrário, a considerar que *níveis diferentes de significações sintomáticas* (e.g., queixas ansiogéneas, depressogéneas, somatoformes, preocupações excessivas com a doença ou com o tratamento, representações de disfuncionalidade física/orgânica) *devem conduzir à aplicação de metodologias clínicas diferenciadas* (Barros, 1992; Fradique, 1992; Joyce-Moniz, 1989; Reis, 1993).

O objectivo do tratamento será, antes do mais, ajudar a pessoa a servir-se de representações adaptativas de doença, e de confronto para representações somatoformes, coincidentes com o, ou integráveis no, nível de representação da ontologia e epistemologia da doença, ou de vivência subjectiva do corpo, em que ela habitualmente se situa. Conseguido este objectivo, o psicólogo poderá então visar uma intervenção conducente à passagem para um nível superior.

Paralelamente, funcionando a nível superior, o doente pode compreender melhor as explicações e prescrições do médico. Compreender significa, aqui, *comparar* e *coordenar* as suas ideias, ou ideias de outras pessoas, com as do médico, mas não necessariamente *aceitar* as explicações ou *aderir* às prescrições. Como se apresentou na sequência das preocupações hipocondríacas, o doente, que se situa num nível superior de representação, pode opor-se ao seu médico, com-

parativamente aos níveis inferiores, com igual grau de veemência e maior poder de manipulação. De igual modo, o psicólogo escolherá as estratégias clínicas a utilizar com o doente em função do seu nível.

Em psicopatologia do desenvolvimento (Joyce-Moniz, 1993), considera-se que o facto de uma pessoa adquirir as representações de um determinado nível (e.g., 4), não implica que ela utilize sempre e em todas as circunstâncias essas representações, ou que não recorra às representações dos níveis inferiores (e.g., 3, 2, 1). Regressões temporárias para níveis inferiores, saltos bruscos para níveis diferentes daquele em que habitualmente funciona, utilização concomitante de níveis diferentes no mesmo contexto constituem «incoerências» próprias da condição humana.

O psicólogo da saúde tem, pois, de avaliar cuidadosamente esses *desfasamentos* entre níveis, em que a pessoa habitualmente se posiciona, considerando comparativamente diversas sequências temáticas (e.g., preocupações com a doença vs. queixas somatoformes vs. ganhos com o papel de doente) ou diversas sub-temáticas dentro da mesma temática (e.g., preocupações com a doença: justificações causais vs. antecipação de consequências vs. oposição ao tratamento médico vs. identificação com sintomas de outrem). A intervenção poderá dirigir-se ao objectivo de uma maior sistematização, em termos de frequência e de situações, das representações do nível mais alto, que a pessoa conseguiu construir.

12. REFLEXÃO FINAL SOBRE ADESÃO

Como se viu, a psicologia da doença não é a antítese da psicologia da saúde mas, ao contrário, aquela integra-se nesta para lhe dar uma orientação mais fenomenológica. E, talvez, mais construtivista, uma vez que enfatiza as construções autónomas do paciente sobre os (seus) processos de doença e confronto.

As representações dos pacientes e as representações dos médicos assentam nas *mesmas* temáticas ou esquemas [e.g., constatação e descrição de sintomas, concepções etiológicas e nosológicas (que se podem nomear), antecipação do curso, duração e das consequências da doen-

ça, imperativo de confronto/tratamento, avaliação da eficácia e do custo do(s) tratamento(s), tomada de decisão consequente). Estas temáticas podem ser objecto de uma ordenação em níveis de processamento cognitivo (modelos de Leventhal e Beck), ou em níveis de desenvolvimento de esquemas de representação (modelo da psicopatologia do desenvolvimento).

As significações «idiossincráticas» do doente e as significações «científicas» do médico, embora partilhando os mesmos temas, podem, no entanto, não coincidir. Precisamente porque se situam em níveis diferentes de processamento ou de desenvolvimento dessas significações.

O que abre a possibilidade de uma atitude de não-adesão do doente ao tratamento prescrito. E de onde decorrem os objectivos para o psicólogo de:

(1) Ajudar o médico a comparar o(s) seu(s) nível(eis) de representação da doença e dos sintomas com o(s) nível(eis) do cliente, para conseguir uma melhor *comunicação*, e maximizar as condições de adesão.

(2) Ajudar o cliente a bem funcionar dentro do seu(s) nível(eis), ou a ascender a um nível superior de representação, para poder tirar melhor partido do que antes se descreveu como modelos de *adesão como transacção activa* (Stone, 1979) e *participação mútua* (Szasz & Hollender, 1956).

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que a reflexão em psicologia da doença deve conduzir o psicólogo a, ele próprio, construir um modelo de colaboração activa com os seus dois interlocutores.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3d ed, rev.). Washington DC: A.P.A..
- Barros, L. (1992). Estudo de um programa desenvolvimentista para mães de bebés de risco. *Psychologica*, 8: 95-111.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1: 5-37.

- Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, A. & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Becker, M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, N.J.: Charles Slack.
- Bedrosian, R. & Beck, A. (1980). Principles of cognitive therapy. In *Psychotherapy process* (M. Mahoney, Ed.), pp. 127-152, New York: Plenum.
- Bibb, R. & Guze, S. (1972). Hysteria in a psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 129: 224-228.
- Bishop, G. (1991). Understanding the understanding of illness. In *Mental Representation in health and illness* (J. Skelton & T. Croyle, Eds.), pp. 32-59, New York: Springer-Verlag.
- Bishop, G. & Converse, S. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology*, 5: 95-114.
- DiMatteo, R. & DiNicola, D. (1982). *Achieving patient compliance*. New York: Pergamon.
- Fabrega, H. (1973). Toward a model of illness behavior. *Medical Care*, 11: 470-484.
- Farberow, N. (Ed) (1980). *The many faces of suicide*. New York: McGraw-Hill.
- Ford, C. (1983). *The somatizing disorders: Illness as a way of life*. New York: Elsevier Biomedical.
- Fradique, F. (1992). Depressão pós-parto: programa desenvolvimentista de prevenção-remediação. *Psichologica*, 8: 113-135
- Gentry, W. (1977). Noncompliance to medical regimen. In *Behavioral approaches to medical treatment* (R. Williams & W. Gentry, Eds.), pp. 203-208, Cambridge, Mass.: Ballinger.
- Haynes, R. (1976). A critical review of the «determinants» of patient compliance with therapeutic regimens. In *Compliance with therapeutic regimens* (D. Sackett & R. Haynes, Eds.), pp. 26-39, Baltimore MD: John Hopkins University Press.
- Haynes, R., Taylor, D. & Sackett, D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment*. New York: Free Press.
- Janis, I. & Rodin, J. (1979). Attribution, control and decision making: social psychology and health care. In *Health Psychology* (G. Stone, F. Cohen & N. Adler, Eds.), pp. 487-521, San Francisco: Jossey-Bass.
- Joyce-Moniz, L. (1989). Structures, dialectics and regulation in applied constructivism: From developmental psychopathology to individual drama therapy. In *Advances in the cognitive therapies: The constructive-developmental approach* (O. Gonçalves, Ed.), Porto: Apport.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Joyce-Moniz, L. & Reis, J. (1991). Desenvolvimento e dialéctica de significações de doença e confronto em psicologia da saúde. *Psychologica*, 6: 105-127.
- Kassirer, J. (1983). Adding insult to injury: usurping patients' prerogatives. *The New England Journal of Medicine*, 308: 898-901.
- Keller, M., Leventhal, H., Prohaska, T. & Leventhal, E. (1989). Beliefs about aging and illness in a community sample. *Research in Nursing and Health*, 12: 247-255.
- Kiely, W. (1972). Coping with severe illness. In *Advances in psychosomatic medicine: Psychosocial aspects of physical illness* (Z. Lipowski, Ed.), pp. 105-118, Basel: Karger.
- Lau, R., Bernard, T. & Hartman, K. (1989). Further explorations of commonsense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8: 195-220.
- Lau, R. & Hartman, K. (1983). Commonsense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2: 167-185.
- Lazarus, R. & Alfert, E. (1964). Short-circuiting the threat by experimentally altering cognitive appraisal. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69: 195-205.
- Lazarus, R., Averill, J. & Opton, E. (1970). Towards a cognitive theory of emotion. In *Feelings and Emotion* (M. Arnold, Ed.), pp. 207-232, New York: Academic.
- Leigh, H. & Reiser, M. (1980). *The patient: Biological, psychological and social dimensions of medical practice*. New York: Plenum.
- Leventhal, H. (1975). The consequences of depersonalization during illness and treatment: An information-processing model. In *Humanizing health care* (J. Howard & A. Strauss, Eds.), pp. 119-161, New York: Wiley.
- Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In *Mental Representation in health and illness* (J. Skelton & T. Croyle, Eds.), pp. 247-272, New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Meyer, D. & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In *Contributions to medical psychology* (S. Rachman, Ed.), pp. 17-30, New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D. & Steele, D. (1984). Illness representations and coping with health threats. In *Handbook of Psychology and Health*, Vol. IV (A. Baum, S. Taylor & J. Singer, Eds.), pp. 219-252, New Jersey: Erlbaum.
- Lindberg, B. & Lindegard, B. (1963). Studies of the hysteroid personality attitude. *Acta Psychiatrica Scand.*, 39: 170-180.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35: 807-817.

- Mechanic, D. (1968). *Medical sociology*. New York: The Free Press.
- Mechanic, D. (1972). The concept of illness behavior. *Journ. of Chron. Dis.*, 15: 189-194.
- Mechanic, D. & Volkar, H. (1961). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26: 51-58.
- Menninger, K. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt Brace.
- Millon, T. (1982). On the nature of clinical health psychology. In *Handbook of Clinical Health Psychology* (T. Millon, C. Green & R. Meagher, Eds.), pp. 1-27, New York: Plenum.
- Meyer, D., Leventhal, H. & Gutmann, M. (1985). Commonsense models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology*, 4: 115-135.
- Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatr. Scandinav.*, 46: 273-285.
- Radley, A. & Green, R. (1985). Styles of adjustment to coronary graft surgery. *Social Science and Medicine*, 20: 461-472.
- Reis, J. (1993). Metodologia construtivista e desenvolvimentista para prevenção de reacções emocionais excessivas em pacientes de cirurgia cardíaca. *Psicologica*, 2 (no prelo).
- Rosenstock, I. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 94-127.
- Rosenstock, I. (1975). Patients' compliance with health regimens. *Journal of the American Medical Association*, 234: 402-403
- Sanders, G. (1982). Social comparison and perceptions of health and illness. In *Social psychology of health and illness* (G. Sanders & J. Suls, Eds.), pp. 129-161, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Szasz, T. & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 97: 585-592.
- Schober, R. & Lacroix, M. (1991). Lay illness models in the enlightenment and the 20th century. In *Mental Representation in health and illness* (J. Skelton & T. Croyle, Eds.), pp. 10-31, New York: Springer-Verlag.
- Shapiro, A. (1959). The placebo effect in the history of medical treatment. *American Journal of Psychiatry*, 116: 298-304.
- Skelton, R. & Croyle R. (1991). Mental representation, health, and illness. In *Mental Representation in health and illness* (J. Skelton & T. Croyle, Eds.), pp. 1-9, New York: Springer-Verlag.
- Stone, G. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Social Issues*, 35: 34-59.
- Szasz, T. (1956). Malingering: «Diagnosis» or social condemnation? *Arch. Neurol. Psychiatry*, 7: 432-443.
- Turk, D., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: a cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford.
- Turk D., Salovey P., Litt M. (1986). Adherence: a cognitive-behavioral perspective. In *Compliance: the dilemma of the chronically ill* (K. Gerber & A. Nehemkis, Eds.), pp. 44-73, New York: Springer.
- Weintraub, M. (1976). Intelligent noncompliance and capricious compliance. In *Patient Compliance* (L. Lasagna, Ed.), pp. 36-49, New York: Futura
- Woodruff, R., Clayton, P. & Guze, S. (1971). Studies of diagnosis, outcome and prevalence. *JAMA*, 215: 425-428.
- Woods, S., Natterson, J. & Silverman, J. (1966). Medical students' disease: Hypochondriasis in medical education. *Journal of Medical Education*, 41: 785-790.

RESUMO

Ao conjunto de teorizações e estudos sobre as representações acerca da doença, e dos seus processos, pode atribuir-se a designação *Psicologia da Doença*. Este domínio integra-se na Psicologia da Saúde, uma vez que visa a aquisição de representações de processos de saúde, mas fundamenta-se na reflexão e na operacionalidade das significações individuais sobre a identificação, as causas, a duração e as consequências da doença, assim como dos meios para a confrontar, para atingir este objectivo.

Nesta análise, estes *esquemas* da representação da doença e do seu confronto, e a conseqüente dialéctica de adesão vs. não-adesão ao tratamento médico, são enquadrados em três orientações psicopatológicas: cognitiva, somatoforme-descritiva e somatoforme-desenvolvimentista.

Palavras-chave: psicologia da saúde, representações da doença, distúrbios somatoformes, psicopatologia do desenvolvimento

ABSTRACT

The ensemble of theorizings and studies about the representations of illness, and its processes, may be called *Illness Psychology*. This domain integrates Health Psychology, since it aims at the acquisition of representations of health processes, but it uses the reflection and the operationality of individual meanings of the identification, the causes, the consequences, and the timetable of the illness, as the means to cope with it, in order to attain this aim.

In this analysis, these *schema* of representation of illness and its coping, and the resulting dialectics of compliance vs. noncompliance to medical treatment, are set in three psychopathological frameworks: cognitive, descriptive-somatoform and developmental-somatoform.

Key words: health psychology, illness representa-

tions, somatoform disorders, developmental psychopathology.

RESUME

À l'ensemble des théorisations et des études sur les représentations de la maladie, et de ses processus, on peut attribuer la désignation de *Psychologie de la Maladie*. Ce domaine peut s'insérer dans la Psychologie de la Santé, car il vise l'acquisition de représentations de processus de santé, mais il s'appuie aussi sur

la réflexion et l'opérationnalité des significations individuelles sur l'identification, les causes, la durée et les conséquences de la maladie, ainsi que sur les moyens de la combattre, pour atteindre ce but.

Dans cette analyse, ces *schèmes* de représentation de la maladie et de sa confrontation, et l'inhérente dialectique d'adhésion vs. non-adhésion au traitement médical, sont encadrés en trois orientations psychopathologiques: cognitive, somatoforme-descriptive et somatoforme-développementale.

Mots clé: psychologie de la santé, représentations de la maladie, troubles somatoformes, psychopathologie du développement.