

Análise e terapêutica comportamental de uma mastodínia

FRANCISCO ALLEN GOMES
MARIA MANUELA FERREIRA *

I — DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

A doente, M.D., de 35 anos, casada, doméstica, vem à consulta de um de nós, queixando-se exclusivamente de mamalgias que duravam desde há 9 anos e das quais, ao longo desses anos, nunca se tinha despistado o porquê, nem se tinha alterado a sua intensidade, apesar das várias terapêuticas instituídas.

A história clínica, o exame objectivo e os múltiplos exames complementares anteriormente realizados e cujos relatórios a doente apresenta, excluíam qualquer hipótese de organicidade, antes apontavam no sentido da psicogenia, pelo que a ginecologista pediu a colaboração de um psiquiatra.

Já nessa perspectiva foi observada no mesmo dia. Passamos a resumir os dados que nos parecem mais significativos sobre o caso clínico.

Filha única e ilegítima de mulher do povo, cujo pai nunca viveu com a mãe nem a perfilhou. A mãe seria uma mulher instável emocionalmente e de forte motivação erótica, que ao longo da vida teve várias ligações conhecidas, sem, contudo, se ter casado. Na região onde

viviam o comportamento da mãe foi sempre muito censurado. Tais seriam as razões prováveis pelas quais o pai não só não teria casado com ela, como não perfilhou a filha.

Apesar de em miúda se sentir envergonhada por não ter pai e mesmo ridicularizada «porque havia quem dissesse que caíra do céu aos trambolhões», foi, no entanto, bem aceite na escola pelos colegas.

Através da própria família da mãe, a pouco e pouco vai tomando consciência da sua verdadeira situação, ficando inclusive a saber quem é o seu pai. Este, apesar de nunca ter tido contacto directo com ela, procura vê-la de longe com relativa frequência, facto de que ela se apercebia perfeitamente.

Apesar de tudo só vem a ter conhecimento detalhado do tipo de vida que a mãe fazia, após começar a namorar aos 16 anos com e através do homem que viria a ser seu marido.

Vive até casar na companhia da mãe, tia e avós, tendo perdido o avô com 11 anos.

A mãe e a tia tinham para com ela um comportamento muito austero e repressivo, particularmente a nível sexual, nunca lhe tendo dado qualquer informação, nem permitido aproximação com rapazes. Sentia que a mãe não gostava dela. Só a avó se mostrava compreensiva, sendo por seu intermédio e na sua companhia que, a partir dos 14-15 anos, passou a frequentar bailes.

* F. A. G. é Psiquiatra na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra; M. M. F. é Ginecologista nos Serviços de Ginecologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Comunicação apresentada à Classe de Psiquiatria da Sociedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria, em 24 de Junho de 1978, em Coimbra.)

É num deles que conhece e vem a namorar o seu próprio marido, o que desde o início é contrariado pela tia e mãe, na pretensão de a casarem com alguém por elas escolhido.

Considerava-se uma rapariga alegre, ainda que tímida e envergonhada. Em relação ao namoro contrariado a personalidade vigorosa dele manejou bem a situação, tendo casado aos 18 anos.

Ele, pintor de construção civil, um ano mais velho, primogénito de uma irmandade de dez, e por isso desde sempre experimentando graves dificuldades económicas, não pretende ter filhos até conseguir um mínimo de estabilidade económica, razão por que lhe incute grande medo e cuidado em relação a uma possível gravidez. É trabalhador, honesto, afectivo, com grande curiosidade intelectual, gostando de planificar cuidadosamente a sua vida.

Vão ter o primeiro filho, cinco anos depois do casamento ainda sem a almejada estabilidade económica, pois prevaleceu nele o facto de querer ser um pai jovem. Esta opção obriga-o no entanto a emigrar para França em 1966, um ano depois do nascimento do filho.

Passou uma gravidez normal, o parto foi em casa e apesar do medo incutido pelas vizinhas correu excelentemente, assistido apenas por uma parteira. Amamentou até aos 5 meses sem qualquer dor ou sofrimento físico.

Apesar do casal ter uma boa relação humana e afectiva, sexualmente havia pouca gratificação.

Ambos inexperientes e pouco informados, a sua vida sexual podia caracterizar-se por um «dever dela» e por um «despacho dele», sem busca de prazer, mas também sem fenómenos de intolerância.

Ele passa o primeiro ano sozinho em França a trabalhar como operário. Cria hábitos de leitura, incluindo sobre matéria sexual.

Quando ao fim de um ano vem de férias, mostra-se mais atento para ela e colaborante sexualmente, sentindo ela pela primeira vez «qualquer coisa».

Regressando a França, pouco tempo depois já tem condições para chamar a mulher e o filho de 2 anos para a sua companhia.

Até emigrarem nenhum dos dois sabia o que era «ser nervoso».

Vivem numa pequena cidade proletarizada na fronteira com a Suíça francesa.

A situação económica é estável, embora socialmente se sintam marginalizados, devido a uma certa agressividade para com o emigrante.

Talvez por estas circunstâncias foi-se aprofundando o diálogo entre o casal, particularmente a nível sexual.

Mais por iniciativa dele, resolveram ter novo filho, o que ela aceitou com certa relutância, pois preferia tê-lo em Portugal.

Passa uma gravidez bastante pior do que a primeira, com vômitos até final, chegando mesmo a passar longos períodos na cama. Apesar disso a nível sexual a sua resposta continua a melhorar tendo até pela primeira vez sido orgástica.

A aproximação do parto vai coincidir com um período bastante conturbado da vida francesa, precisamente o Maio de 1968.

A 10 de Junho, entra na clínica já em trabalho de parto. Entretanto, na véspera, após um mês de greve permanente na fábrica onde ele trabalhava esta foi ocupada pelos C.R.S. (Policia de Choque), prevendo-se que o dia seguinte seria de confrontações violentas entre os operários e os C.R.S.

À ansiedade sentida pelo facto do parto ser fora de casa e do país, vem juntar-se a perturbação vivida na cidade (que não isenta o próprio pessoal da clínica), a travessia para a maternidade feita através de aparatoso dispositivo policial, e ainda o facto de o marido ter que regressar a casa para cuidar do outro filho.

Perante o seu descontrole é amarrada à cama, o que a leva a um máximo de excitação.

Às 0.30 nasce uma menina, tendo passado o resto da noite com fortes dores pélvicas, embora chegasse a passar pelo sono. Por exigência de outra doente que não podia ouvir barulho, a criança não fica a seu lado.

Na cidade, pela manhã, desencadeiam-se as confrontações previstas e chegam a cair grandes lacrimogénias no pátio da clínica, tendo o exército que intervir.

No dia 12 começa a amamentar e logo na primeira mamada destacam-se fortíssimas dores nos seios. Estas persistem, levando-a a chorar em cada mamada, sem que apresentasse alteração dos mamilos. Aos dois meses pára a amamentação por secagem espontânea do leite ... mas as dores continuam.

Desde que chega a casa, começa a utilizar uma série de mecanismos de defesa para aliviar as dores e se proteger delas. Assim, põe algodões embebidos em álcool dentro do *soutien*, usa este permanentemente durante as 24 horas, quando desce as escadas ampara os seios com as mãos e nunca permite que o marido os acaricie. Qualquer gesto mais próximo, não necessariamente intencional, desperta de imediato uma reacção defensiva, protegendo os seios com ambas as mãos. O simples tomar banho e retirar o *soutien* torna-se particularmente penoso.

Retomada a vida sexual, desaparece o orgasmo.

Esporadicamente durante o coito, permite que o marido a acaricie, mas no final aumentam as dores e há crises de choro.

Emocionalmente torna-se instável, passando a apresentar sintomas depressivo-ansiosos.

Esta situação arrasta-se durante nove anos, sem melhorias, acarretando uma deterioração quase completa da vida conjugal.

Em fins de 1973 regressam ao seu país, por nostalgia e para os filhos poderem mais facilmente continuar os estudos.

A situação conjugal continua e permanece deteriorada. Durante todo esse tempo desenvolve um temor patológico a nova gravidez, só se sentindo descansada numa relação sexual quando ele usasse preservativos mesmo se porventura estivesse a tomar a pílula.

Desde o início as consultas médicas sucederam-se, quase sempre a ginecologistas e cirurgiões.

Faz vários exames complementares, incluindo mamografias, que se revelam sempre normais.

Enquanto esteve em França consultou especialistas franceses, suíços e espanhóis. Chegam a ir a homeopatas, mas, curiosamente, nunca vão a um psiquiatra.

Em Portugal, as consultas continuam a multiplicar-se, indo pela primeira vez a psiquiatras. Mas também vão a bruxas. Faz terapêuticas hormonais, antidepressivas, ansiolíticas e mezinhas várias.

Sem resultado. Por duas vezes esteve na mesa de operações para lhe amputarem os seios, embora não chegasse a ser operada.

Em geral, ou lhe diagnosticam displasia mamária ou lhe dizem que tem apenas «manias».

Torna-se extremamente reactiva e desconfiada em relação aos médicos.

II — ANÁLISE COMPORTAMENTAL

Na abordagem deste caso utilizámos o modelo da teoria da aprendizagem.

Parece-nos aceitável que, apesar de uma infância e adolescência difíceis, por um mau ambiente familiar, esta mulher não apresenta psicopatologia notória até à sua ida para França.

A própria dificuldade sexual inicial não é mais que uma consequência de influência inibitória de evidentes factores sócio-culturais.

A progressiva abertura sexual do marido e o estreitamento do suporte afectivo nele, aumentando o diálogo, vão desbloqueando a resposta sexual até atingir os primeiros orgasmos na segunda gravidez, o que se pode explicar fisiologicamente, pois Masters e Johnson (1968) encontraram aumentos notáveis de excitação sexual nas grávidas, particularmente no segundo trimestre e com mais frequência na segunda gravidez, residindo a explicação na melhoria dos processos de vasodilatação a nível genital, vasodilatação essa que é a infra-estrutura de excitação sexual. No seu estudo muitas mulheres foram orgásticas pela primeira vez nessas condições.

É de facto a partir da segunda gravidez e particularmente após o aparecimento das algias mamárias, que se inicia a sua instabilidade emocional e que se foi agravando ao longo destes nove anos, transformando-a numa mulher quase sempre em depressão-ansiedade.

Parece portanto que as mamalgias são o fulcro da questão.

Pensamos que estas surgem e persistem por fenómenos de condicionamento, ainda que complexos e interessantes do ponto de vista teórico, tendo sido por nós de grande auxílio na sua interpretação, uma longa e ricamente documentada discussão feita por Eysenck e Beech (1971), sobre o tema de incubação e que passaremos a citar amiudamente.

Vejam os:

1. Quando acontece a primeira mamada, que de uma maneira geral é pelo menos incomodativa, surge uma forte resposta autónoma e dolorosa, actuando pois a sucção como um estímulo nociceptivo, que vai desempenhar um papel de estímulo incondicionado.

A curiosidade reside no facto em que não sendo a sucção por si um estímulo nociceptivo e incondicionado, foi-o neste caso particular, devido ao estado de excitação preexistente, originado pelas circunstâncias stressantes em que decorreu o parto e atrás descritas. Eysenck e Beech (1971) mostraram, citando Lader e Mathews (1968) que, quando o nível de excitação é alto, com a conseqüente exacerbação autónoma do simpático, a menor estimulação pode desencadear uma resposta fortíssima. Assim se tornou possível o condicionamento por associação e posterior generalização de uma multiplicidade de estímulos neutros ligados ao acto da mamada. Não esquecer que este se repete várias vezes por dia.

2. Mas se o estado do seio e do mamilo fossem normais, como eram, e se os níveis de excitação fossem abaixando ao longo dos dias, como foram, a sucção já não teria razão para ser dolorosa, levando então tudo a crer, que à luz do condicionamento clássico, a continuada exposição ao estímulo (amamentação regular) conduziria à extinção da resposta dolorosa.

Mas vai suceder exactamente o contrário.

Não só a resposta não se extinguiu à mamada, como se generalizou a todos os estímulos ligados a toques e manipulações da mama, bem

como a todas as pequenas alterações fisiológicas provocadas por fenómenos tão banais como menstruação, frio e excitação sexual.

Encontramos a explicação em Eysenck e Beech (1971) que sugerem o nome de fenómeno de Napalkov para o aumento de resposta condicionada, quando durante um dado período, só se administra o estímulo condicionado não reforçado.

Sanderson em 1964 (citado por Eysenck e Beech, 1971) confirma experimentalmente o fenómeno de Napalkov. Não se pode esquecer também a ansiedade experimentada de uma forma antecipada a cada nova mamada. Dykman, Mack e Ackerman, em 1965 (citados por Eysenck e Beech, 1971), provaram que para alguns cães a «ameaça» é mais traumática que a presença do choque e que ela continua a operar durante a extinção. Bridger e Mandel, em 1964 (citados por Eysenck e Beech, 1971), demonstraram no homem a importância de «ameaça».

3. Progressivamente vão também aparecendo fenómenos de condicionamento instrumental.

Os mecanismos de defesa atrás descritos (algodões no *soutien*, uso permanente deste, amparo dos seios a descer escadas, escape a qualquer toque) não são mais que respostas de evitamento instrumental, que acabam por impedir qualquer tentativa posterior de extinção, «eternizando» as dores (Paradoxo Neurótico de Mowrer, 1950).

4. Finalmente a sua instabilidade emocional que se torna uma constante gerando frequentemente excitação, embora não tão intensa como aquando do parto, também vai contribuindo de uma forma importante para a manutenção da mastodínia.

III — TERAPÊUTICA

Desde já uma nota prévia. Não foi nossa preocupação uma metodologia terapêutica rigorosa e suficientemente clara para que permitisse no final uma avaliação correcta dos factores responsáveis pela sua eficácia.

Pensámos mais na clínica que na investigação. Procurámos, norteados pelos princípios básicos da terapêutica do comportamento, utilizar todas as «armas» possíveis de forma a poder alterar o mais rapidamente possível a situação dramática deste casal.

Assim, e face à análise atrás exposta, utilizámos um dos processos clássicos de contracondicionamento — a Dessensibilização Sistemática (Wolpe, 1958, 1969).

Empregámos um sistema de *biofeedback*.

Verificámos com um aparelho muito simples — o relaxometer — que a doente tinha uma excelente resposta galvânica de pele, controlando-a com muita facilidade e rapidez; sentindo-se então muito tranquila e *sem* dores espontâneas nos seios. Utilizámos pois este estado de tranquilidade para procedermos à dessensibilização. Estabelecemos então uma hierarquia de estímulos para dessensibilização, quer em imaginação, quer em situação de «vivo». Ficou assim organizada:

1. a) Imaginar estar sem *soutien* — com relaxometer
b) Estar sem *soutien* — com relaxometer
c) Estar sem *soutien* — sem relaxometer
2. a) Imaginar tocar os seios — com relaxometer
b) Tocar os seios — com relaxometer
c) Tocar os seios — sem relaxometer
3. a) Imaginar o marido a tocar-lhe os seios — com relaxometer
b) O marido tocar-lhe os seios — com relaxometer
c) O marido tocar-lhe os seios — sem relaxometer
4. a) Imaginar tocar os mamilos — com relaxometer
b) Tocar os mamilos — com relaxometer
c) Tocar os mamilos — sem relaxometer
5. a) Imaginar o marido a tocar-lhe os mamilos — com relaxometer
b) O marido tocar-lhe os mamilos — com relaxometer
c) O marido tocar-lhe os mamilos — sem relaxometer

Envolvemos pois o marido directamente no processo terapêutico, fazendo recair no casal a grande responsabilidade da terapia e também com o objectivo de «reanimar» a relação conjugal de forma a eliminar uma das grandes fontes actuais de excitação.

Através da excelente relação que estabelecemos com o casal, procurámos que se motivassem o mais possível para a terapia.

Como habitavam numa cidade afastada e economicamente estavam em crise, fornecemos-lhe um relaxometer, indo acompanhando a evolução semanalmente, exemplificando em cada entrevista a tarefa da semana seguinte, reforçando os progressos e corrigindo os erros, que se verificaram, por quererem «andar depressa de mais».

Iniciámos a terapia em 21-10-1977 e terminámos em 24-2-1978.

De uma forma geral inicialmente cada semana correspondeu a um item de hierarquia.

Mas, a partir da quinta semana, houve uma certa estabilização, mantendo-se durante cerca de mês e meio sensações desagradáveis, tipo ardor no mamilo direito, que só desapareceram totalmente à décima-sexta semana.

O reforço produzido pelas melhoras foi notável desde o início e o envolvimento do marido na terapia promoveu um reabrir franco do diálogo entre eles, tornando-se a sua relação mais estreita e afectiva.

Uma das nossas preocupações foi que a dessensibilização acarretasse uma deserotização do seio.

Assim, a partir da quarta semana, aconselhámos o marido, que aquando do toque no seio, o fizesse num contexto erótico de carícias generalizadas, pois sempre foi também um dos nossos objectivos a normalização da sua vida sexual, que se encontrava totalmente deteriorada.

Ora acontece que à quinta semana sentem-se bastante excitados sexualmente, atingindo ela o primeiro orgasmo destes últimos anos e ele, esquecido da terapia, aperta-lhe os mamilos fortemente, o que lhe provocou dores intensas, acabando por ter uma crise de choro, pensando que com a precipitação tinham posto em risco uma cura que já anteviam próxima.

Oscilou durante uma semana, tendo ele também sido afectado, pois começou a deprimir, tornando-se apático e sonolento, o que nos obrigou a prescrever-lhe um antidepressor — a viloxizina (ela nunca tomou medicação durante a terapia).

Recuperaram e à sétima semana apenas subsistia a tal sensação de ardor no mamilo direito.

À oitava semana surgem ligeiras dores com o início da menstruação, mas rapidamente desaparecem.

À nona semana, em período de frio intenso, de novo ligeiras dores que facilmente controla.

À décima semana já havia de novo coitos orgásticos, embora com carícias cautelosas dos seios.

À décima-terceira, após discussão violenta com um dos médicos da Caixa da sua zona, intensas dores no peito que só controla em casa com auxílio do relaxometer.

À décima-sexta semana suspendem o trabalho com o relaxometer, embora permitíssemos que recorressem a ele em S.O.S.

À décima-sétima semana pedimos para não utilizarem o relaxometer, mesmo que eventualmente necessitassem dele.

Nesta semana houve um acontecimento de grande importância. O filho mais velho não regressou da escola à hora habitual, tendo o marido saído à sua procura.

À medida que o tempo ia passando aumentava o seu estado de excitação, começando de novo a experimentar dores nos seios.

Finalmente à hora do jantar o marido aparece com o filho, o que a tranquiliza, desaparecendo as dores de imediato.

No dia 24-2-1978 entregaram o aparelho. Como nós temíamos, houve diminuição acentuada da sensibilidade erótica do seio.

Por outro lado, o medo de nova gravidez persiste, embora tanto um como outro não queiram mais filhos.

A vida sexual melhorou bastante, mas só tem orgasmo quando o marido utiliza preservativo, embora esteja a tomar a pílula! Como se diz em condicionamento «gato escaldado de água fria tem medo».

Confessamos uma certa curiosidade quanto à evolução desse comportamento, pensando não ser indispensável a sua eliminação nessa fase.

IV — CATAMNESE

Em 17-3-1978 primeira entrevista de controlo. Tudo a correr bem, havendo um começo de reerotização do seio. Passámos as entrevistas de controlo a trimestrais.

Última entrevista em 29-9-1978. Ela continua excelente, apenas com leves «impressões» em situações de grande *stress*, mas que rapidamente desaparecem.

Continuam a viver uma situação económica difícil e stressante, pois ele ficou desempregado, sendo agora vendedor à comissão, o que se traduz numa actividade desgastante e de rendibilidade instável. Ela ajuda-o, manufacturando bonecos de retalhos, trabalhando brutalmente.

Ele recorre a ansiolíticos em S.O.S. Ela continua sem necessidade de medicação.

SUMMARY

The authors present a clinical case of breast pain, 9 years long, without any previous modification despite previous hormonal and psychopharmacological treatments.

Learning principles were used to conceptualize and define a therapeutic intervention.

The patient recovered with the use of systematic desensitization, with the help of a biofeedback GSR instrument for control of anxiety.

The patient has had a stable recovered state, having been seen again at a 6 month's time of follow up, carrying on her life without any pain of her breast.

REFERÊNCIAS

- EYSENCK, H. J. e BEECH, H. R. (1971) — «Counter Conditioning and Related Methods», in Bergin, F. A. e Garfield S. L. (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, John Wiley, New York.
- MASTERS, W. H. e JOHNSON, V. E. (1968) — *Les Reactions Sexuelles*, Laffont, Paris.
- MOWRER, O. H. (1950) — *Learning Theory and Personality Dynamics*, Ronald Press, New York.
- WOLPE, J. (1958) — *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford University Press, Stanford.
- WOLPE, J. (1969) — *The Practice of Behavior Therapy*, Pergamon Press, New York.