

5

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

ESCUTAR O MAR DENTRO DA CONCHA:
DESCRITORES DO FUNCIONAMENTO PSICOSSOMÁTICO
ONCOLÓGICO

Ref. 13 168
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
BIBLIOTECA

Orientador: Prof. Doutor António Mendes Pedro

Co-Orientadora: Prof. Doutora Maria da Purificação Horta

Trabalho realizado por: Teresa Alexandra Malveiro Andrade

Lisboa

Julho de 2000

Agradecimentos

À Prof. Doutora Purificação Horta, por todo o apoio, interesse e disponibilidade, que manifestou desde sempre e ao longo do caminho que conduziu à conclusão deste trabalho. Sobretudo pela amizade, pelo permanente incentivo, pela confiança e por todas as oportunidades de crescer com que tem preenchido a minha vida. Por conseguir tão bem juntar em si, o cuidado e o amor pelas pessoas, a intuição e o conhecimento.

Ao Prof. Doutor Mendes Pedro, pela sua coragem em tornar possível este e outros projectos no âmbito da Psicossomática e por alargar os nossos horizontes para uma nova dimensão da saúde e da doença.

À Dr^a Idalina Miranda, pela sua imensa capacidade de aceitar e tornar conjuntos todos os desafios de aprendizagem. Pela sua mente aberta, pela sua amizade e constante optimismo, pela vontade de fazer sempre mais e melhor. Pelo seu futurismo esperançado e pelo seu imenso amor à Oncologia Humanizante. Por me ter ensinado a apreciar e apostar nesta área e em todas as coisas que são realmente importantes na vida.

Ao Dr Carlos Carvalho, pela sua abertura à Ciência e pela sua confiança neste trabalho. Sobretudo pela forma como me acolheu no seu Serviço e me fez sentir parte da equipa.

Ao Dr Bruno da Costa, pelo apoio e abertura a todas as minhas iniciativas.

Ao Dr Ricardo Luz, pelo interesse e apoio nesta investigação.

À Dr^a Odete André, por ser única na sua Humanidade e conseguir transmitir a todos os que a rodeiam o amor que devem ter por si próprios. De uma forma extraordinária consegue ser a médica, a professora e a melhor amiga de todos os seus doentes.

Também, pelo seu precioso contributo para esta investigação.

Ao Dr Caldeira, pela simpatia e colaboração neste estudo.

À Prof. Doutora Manuela Hartley pela cuidada e interessada orientação estatística desta investigação

Aos meus Pais, por hoje e sempre, nunca terem deixado de ver mais longe e por me incentivarem permanentemente a ser o meu melhor .

Ao Jorge, cuja força se tornou minha força e cujo apoio atento em todos os momentos possibilitou a concretização desta investigação. Também pelo seu amor nas épocas mais difíceis, pelo seu bom humor, criatividade e pelo seu imenso interesse por tudo o que dá sentido ao meu percurso, sem os quais esta tese e a minha vida não poderiam atingir o mesmo significado.

Ao Sr Francisco por tudo quanto representa, pela sua sabedoria, capacidade de ajuda e humanidade .

A todas as Pessoas que aceitaram participar neste estudo, tornando-o possível. Cada uma delas desnudou a sua história de vida, por vezes envolta em tanta dor, sem nada ganhar para além da percepção de que o seu contributo poderia vir um dia a constituir um dos meios para mitigar outros sofrimentos. O seu altruísmo e partilha humana foram a aprendizagem mais importante e com maior sentido ao longo desta caminhada.

Em especial à D^a Alda, à D^a Lurdes e à D^a Conceição por me terem dado a oportunidade de entrar de uma forma tão intensa nas suas vidas e nas suas doenças, dando sentido à escolha da oncologia como tema desta tese.

À Cristina Vivas pelo seu precioso apoio na aplicação de alguns dos questionários, pelas suas pertinentes sugestões, pelo incentivo e amizade .

A todos os meus familiares e amigos que acompanharam este trabalho, pelo seu interesse no tema e por terem sabido manter os laços, apesar da negligência em telefonemas, cartas e encontros que caracterizou a minha vida neste período.

Resumo da dissertação de Mestrado

“ Escutar o mar dentro da concha:

Descritores do funcionamento psicossomático oncológico”

Este trabalho investiga a dimensão relacional no cancro através da percepção que uma população oncológica adulta tem do tipo de relacionamento estabelecido com os seus pais ao longo de diferentes fases da sua vida.

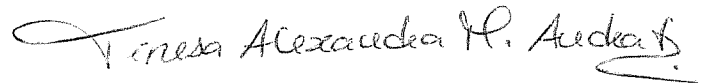
O objectivo específico deste estudo consistiu na exploração das teorias, desenvolvidas por Bahnsen, relativas ao tipo de relacionamento ou padrão relacional, estabelecido entre os indivíduos oncológicos e os seus pais. Secundariamente, procurou-se validar outras abordagens teóricas geradas sob a égide da psicossomática em oncologia (tais como as teorias da perda e da depressão ou as do tipo de personalidade), bem como sistematizar algumas das variáveis mais focadas pelas diversas correntes teóricas que constituíram a psicossomática no seu todo.

Neste estudo participaram 93 sujeitos, divididos em três grupos de igual dimensão (N=31): um grupo clínico oncológico, um grupo clínico de controlo, constituído por indivíduos com diabetes insulino-dependente e finalmente um grupo de controlo, constituído por indivíduos normais.

Foram aplicados a cada um dos indivíduos dos três grupos, quatro instrumentos distintos: o Questionário de Descritores da Psicossomática (QDP), o Teste do Desenho dos Círculos Representativos da Família (DCRF), o Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Da análise estatística dos resultados, através de testes não paramétricos ajustados às características das variáveis em estudo, verificou-se que as respostas do grupo clínico oncológico diferiam significativamente ($p < 0.05$) das do grupo clínico de controlo e do grupo normal de controlo. Os resultados apontaram para a existência de um padrão de distanciamento emocional em relação aos pais, em todas as fases da vida, mas sobretudo a partir da puberdade, nos indivíduos com doença oncológica, corroborando a hipótese de que existe um padrão relacional “centrífugo” na família de origem do doente oncológico.

Para além do aspecto principal que se procurou averiguar, foram encontrados outros resultados, nomeadamente no que concerne serem as principais dificuldades relacionais sentidas pelos indivíduos oncológicos e diabéticos, os seus níveis de ansiedade e depressão, o seu auto-conceito, os ritmos de sono e sonho e a relação entre a doença presente e antecedentes clínicos.



Teresa Alexandra Malveiro Andrade

Índice

I) Agradecimentos	2
<hr/>	
II) Introdução	7
<hr/>	
III) Enquadramento Teórico	8
<hr/>	
1) - Contributos anteriores ao Século XIX	9
2) - Os Contributos do Século XIX	12
3) - O Desenvolvimento da Psicossomática no Século XX	17
3.1) - O Germinar da Semente Freudiana	18
3.2) - O Germinar da Semente Pavloviana	26
3.3) - O Germinar da Semente Cannoniana	27
3.4) - Os Conceitos de Pensamento Operatório, Alexitimia, Vida Operatória, Depressão Essencial e Depressão <i>a priori</i> .	30
3.5) - A Linha da Sociopsicossomática	36
3.6) - Os Contributos Derivados da Teoria dos Sistemas	37
4) Quadro Resumo do Enquadramento Teórico	40
<hr/>	
IV) O Cancro e a Psicossomática	46
<hr/>	
1) A Influência dos Factores Psicossociais no Cancro	49
2) Principais Correntes de Investigação Psicossomática em Oncologia	53
2.1) Teorias de Perda e Depressão	54
2.2) Teorias do Tipo de Personalidade	60
2.3) Teorias dos Padrões Familiares Relacionais	67

V) A Diabetes Mellitus Insulino Dependente e a Psicossomática	71
<hr/>	
1) Breve caracterização da Diabetes Insulino Dependente (DID)	74
2) Estudos no âmbito da Psicossomática e DID	78
VI) O Impacto Psicológico da Doença Crónica	81
<hr/>	
VII) Metodologia	86
<hr/>	
1) Objectivos	86
2) Amostra	87
2.1) Identificação dos Grupos	87
2.2) Razão de Ser dos Três Grupos	87
2.3) Critérios de Constituição dos grupos e sua Caracterização	89
2.4) Colheita dos dados	92
2.5) Instrumentos	93
2.5.1) - Questionário de Descritores da Psicossomática (QDP)	94
2.5.2) - Desenho dos Círculos Representativos da Família (DCRF)	95
2.5.3) -Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC)	97
2.5.4) -Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	100
3) Tratamento dos dados	102
<hr/>	
VIII) Formulação das Hipóteses de Estudo	104
<hr/>	

IX) Resultados e Discussão Específica	108
X) Conclusões	151
Bibliografia	156
Anexos	167

Introdução

*“Como o rumor do mar dentro de um búzio
O divino sussurra no universo
Algo emerge: primordial projecto”*

Sophia de Mello Breyner Andresen

“O que é integralmente verdadeiro é inefável”

Albert Einstein

Escutar o mar dentro de uma concha, é ser capaz de pensar para além dos dados físicos da espiral de secreções calcárias e aceitar novas dimensões.

Este trabalho procura pensar a dimensão relacional no cancro. A ênfase foi colocada na percepção que uma população oncológica adulta tem do tipo de relacionamento que estabeleceu com os seus pais ao longo de diferentes fases da sua vida. O objectivo foi verificar em que medida esta dimensão conjuntamente com muitas outras, indicadoras da adaptação relacional, da personalidade e do estado geral do indivíduo, poderão de alguma forma corresponder a um padrão característico do cancro. O uso de medidas retrospectivas permitiu também averiguar em que medida o padrão actual se relaciona com o que foi estabelecido durante fases anteriores da vida, em que não existia diagnóstico de cancro.

Enquadramento Teórico

*“Quem não sabe prestar contas
De três milénios
Permanece nas trevas ignorante
E vive o dia que passa”*

Goethe

Podemos afirmar que o nascimento real da Psicossomática, enquanto disciplina científica, bem como a generalização do termo “Psicossomática” se deve em grande parte à impressionante obra da autoria de Helen Flanders Dunbar: *“Emotions and Bodily Changes”*, publicada pela primeira vez em 1935 (Lipovsky, 1986). Foi através deste livro que pela primeira vez a Psicossomática emergiu perante os olhos da comunidade científica mundial, como um campo de conhecimento sistematizado. Até então, todo o conhecimento produzido nesta área encontrava-se disperso, não permitindo a emergência de uma visão global dos avanços até então conseguidos. O caminho que conduziu ao nascimento desta e de tantas outras obras fundamentais da Psicossomática, começou a ser mais claramente trilhado nos finais do século XIX, através de trabalhos pioneiros nas áreas da Medicina, da Fisiologia e da Psicanálise. No entanto, muitos dos princípios e concepções subjacentes a estes estudos datam de há mais de dois mil anos.

Ao longo das próximas páginas, propomo-nos efectuar uma revisão histórica do desenvolvimento da Psicossomática. Antes de iniciar esta breve e necessariamente incompleta análise de alguns dos contributos teóricos e empíricos que levantaram o edifício global da Psicossomática, importa lembrar todos aqueles cujo nome aqui não aparece, devido à dimensão imposta a um trabalho desta natureza, e que aplicaram tempo, empenho corajoso e dedicação sem limites a tentar, da melhor forma que sabiam, transmitir à Humanidade a necessidade urgente de conhecer a profunda essência

e o delicado equilíbrio encerrado no milagre complexo dos seus corpos e das suas vidas para, quem sabe assim, aprenderem a conquistar e construir a sua própria saúde e qualidade de vida.

Os Contributos Anteriores ao Século Dezanove

Referências como o livro de Jó, do Antigo Testamento, transmitem claramente a ideia de que a doença física tem repercussões profundas no equilíbrio psicológico e de que a saúde do corpo e da mente não se podem separar (Luban-Plozza, Pödinguer e Kröger, 1992). Expressando este mesmo conteúdo, e cerca de quinhentos anos antes de Cristo, Platão (429-347 a.c.) atribui a Sócrates a afirmação de que *“tal como não se deve tentar curar os olhos sem a cabeça, ou a cabeça sem o corpo, assim não se deve tentar curar o corpo sem a mente”* e a de que *“a razão pela qual a cura de muitas doenças é desconhecida para os médicos (...) é porque estes ignoram este todo (corpo - mente)”* (Platão cit. Dunbar, 1976).

Para além de Platão e apresentando o mesmo conceito base em comum, encontramos Hipócrates (466-375 a.c), que divulgou a ideia de que, para se conseguir curar o corpo humano é necessário o conhecimento da sua totalidade (Dunbar, 1976; Lipovsky, 1986; Luban-Plozza et al, 1992). Hipócrates, propôs uma classificação dos Homens em quatro tipos temperamentais ou de personalidade, tendo por base os quatro humores que, segundo ele, existiriam em circulação no corpo (sangue, bílis negra, bílis amarela e linfa) e aos quais corresponderiam respectivamente quatro tipos temperamentais (sanguíneo, melancólico, colérico e fleumático), consoante o humor que dominasse (Namora, 1977).

Um outro médico proeminente da antiguidade clássica, Galeno (131-201 a.c), sistematizou a teoria de Hipócrates e foi para além dela ao afirmar que todas as funções do corpo são solidárias e que as doenças se devem a um distúrbio da harmonia natural do corpo, provocado por um desequilíbrio ao nível dos humores em circulação. Em consequência da sistematização aprofundada da teoria hipocrática dos Humores conseguida por Galeno, esta corrente de pensamento tornar-se-ia dominante até ao século XIX (Namora, 1977; Wittoker, 1977, Lipovsky, 1986 e Lipsitt, 1999).

Na continuidade de Hipócrates e de Galeno, Aristóteles (384 –322 a.c), um dos mais marcantes vultos da filosofia, defende que a alma e o corpo são parte de uma mesma função orgânica e que o carácter da pessoa é influenciado pelo estado do seu corpo, tal como o seu corpo é influenciado pelas doenças da sua alma (Lipovsky, 1986 e Auroux & Weil, 1997).

Desde Aristóteles e até ao século XIII, a ciência parece ter vivido uma época durante a qual, a busca de respostas às questões relacionadas com a saúde e com a doença, se afastou das abordagens lógicas e atentas de Hipócrates e Galeno, cedendo lugar a explicações cujo cerne residia em princípios religiosos e em demónios ou forças ocultas, (Wittkower, 1977).

Durante a Idade Média, após doze séculos desde Hipócrates, Galeno e Aristóteles, assistiu-se a um novo despertar que muito contribuiu para o desenvolvimento da Psicossomática: a doutrina Aristotélica tornou-se uma vez mais dominante, devido a São Tomás de Aquino (1227-1274), que a adaptou ao pensamento cristão, tendo incutido profundamente na tradição cristã a noção de que a alma e o corpo se encontram interligados numa unidade substancial (Haynal & Pasini, 1984 e Auroux & Weil, 1997).

Um contributo individual de interesse, ainda no século XIII, foi o dado por Henri de Mondeville (1260-1317), um cirurgião que enfatizou o papel do prazer e da alegria como factores de bom prognóstico, quer na prevenção quer na recuperação da doença. Este médico prescrevia após as intervenções cirúrgicas, que os doentes alimentassem o convívio próximo com amigos, a alegria e a satisfação continuadas, para conseguir uma mais rápida recuperação (Haynal & Pasini, 1984).

No entanto, o movimento que teve início com São Tomás de Aquino, só se tornou consistente no século XVII (Wittkower, 1977). Foi neste século, que alguns dos médicos mais progressistas e reconhecidos do seu tempo, tais como Willis (1621-1675) e Sydenham (1624-1689), defenderam a importância de prestar atenção ao papel que a mente desempenhava na doença física (Namora, 1977; Wittkower, 1977; Haynal & Pasini, 1984 e Lipovsky, 1986).

Também nesta altura Pechlin, em 1691 (cit. p. Lipovsky, 1986) identificou emoções como a tristeza ou o medo como factores de maior probabilidade de progressão do cancro e Leibnitz (1646-1716), por sua vez, divulgou o pensamento de que existiria uma harmonia prestabelecida entre o corpo e a mente (Lipovsky, 1986).

Durante o século que se seguiu, os trabalhos desenvolvidos por nomes como Gaub ou Corp, ambos citados por Lipovsky (1986), expressariam ideias de uma grande importância para a psicossomática. Em 1763, Gaub, médico alemão, afirmou: *“Se o médico dedicar todos os seus esforços apenas ao corpo e não levar em conta a mente, os seus esforços curativos serão pouco felizes e o seu objectivo ou será totalmente perdido ou pelo menos uma grande parte do mesmo negligenciada”* (Lipovsky, 1986: 25). Corp, por sua vez, em 1791, divulga a noção de que existem emoções tais como a “Angústia” e o “Medo” que funcionariam como promotoras da doença, enquanto outras,

como a “Alegria” ou a “Esperança” actuariam como factores de protecção contra a mesma (Lipowsky, 1986).

Outros nomes relevantes desta época, tais como Morgani e Pinel contribuíram para melhor se compreender a interligação entre a vertente psicológica e a vertente física nas doenças : Morgani (1682-1771), fez a descrição de alguns casos em que parecia existir uma ligação entre o estado psicológico e o agravamento da doença e Pinel (1745-1826), para quem as neuroses correspondiam a perturbações nervosas ligadas aos diferentes órgãos (Haynal & Pasini, 1984).

Os Contributos do Século Dezanove

O século dezanove foi pródigo em avanços científicos na Medicina graças aos múltiplos contributos de áreas como a anatomia, a microbiologia, a fisiologia ou a bioquímica. Estes avanços, aliados ao surgimento de uma nova área de estudos, a psicanálise viabilizaram a introdução da abordagem psicossomática, no seio da medicina, no final do século XIX e estimularam a investigação nesta área (Dunbar, 1976).

Autores como Wittkower (1977), Christie (1981), Haynal e Pasini (1984), Lipovsky (1986), Luban-Plozza, Poldinger e Kroger (1992) e Lipsitt (1999), são unânimes na identificação dos autores, que entre o final do século XIX e o início do século XX, constituíram a base que permitiu à Psicossomática firmar-se e desenvolver-se até ao seu máximo. Esses contributos essenciais, foram segundo os autores citados, os fornecidos por três grandes cientistas: Sigmund Freud (1856- 1939), Ivan Pavlov (1849- 1936) e Walter Cannon (1871- 1945), a que mais tarde retornaremos.

Para além destes três contributos basilares para a Psicossomática, vários outros no século XIX contribuíram para fomentar o interesse pela área, em particular o de Johann Christian Heinroth (1773-1843), que referindo-se à origem da insónia, utilizou em 1818, pela primeira vez que se conhece, o termo “Psicossomática” (Wittoker, 1977; Lipovsky, 1986 e Luban-Plozza et al, 1992).

Entre esses contributos importantes contam-se também os de autores como Trousseau (1801-1867), Reil (1759-1813), Carus (1789-1869), Rush (1811), Groos (1824), Gray (1868), Tuke (1872), Maudsley (1876), Osler (1893) e Hughes(1894) cujas afirmações ou obras se destacaram entre tantas outras que no século XIX floresceram para que a Psicossomática pudesse frutificar.

Foi logo no virar do século, que Reil (1759-1813) afirmou claramente a existência de uma interacção mútua entre os acontecimentos psicológicos e os físicos ou somáticos (Wittkower, 1977) e que Trousseau (1801-1867), insistiu em proclamar a origem psicológica do hipertiroidismo, de certos tipos de diarreias, da dispepsia e da asma, de que ele próprio sofria (Haynal & Pasini, 1984). Carus (1789-1869) defendeu que os processos inconscientes estavam na origem de todos os processos fisiológicos (Wittkower,1977).

Ainda no início do século XIX, Benjamin Rush, um dos médicos mais proeminentes do seu tempo, que ensinou durante toda a sua vida a importância de olhar para o doente como um todo, afirmou: *“Diz-se correntemente que o Homem é composto por corpo e alma. Embora adequada na religião, esta linguagem, não o é na Medicina. O Homem é, aos olhos do médico, um ser único e indivisível, pois tão intimamente ligados estão o seu corpo e a sua alma, que um não se pode mover sem o outro.”* (Rush, 1811, citado por Lipovsky, 1986: 25).

Em 1824, Groos (cit. p. Luban-Plozza et al, 1992: 20), também assumiu o ponto de vista da psicossomática, quando declarou: “ *Se buscarmos a causa primeira das mais diversas doenças, podemos encontrá-la no efeito prejudicial que é exercido directamente pelas paixões no corpo*”.

O aparecimento do termo “Psicossomática” nos Estados Unidos deve-se a Gray, editor da revista “American Journal of Insanity” que, em 1868, o apresenta por lapso ao renomear incorrectamente uma das três teorias explicativas da insanidade (a somática, a psíquica e a somato-psíquica), apresentadas por Bucknill em 1857 (neste caso a teoria somato-psíquica), renomeando-a de “psicossomática” (Lipovsky, 1986). Apesar do lapso, Gray expressa-se nesse mesmo artigo da seguinte forma: “*a influência recíproca entre o corpo e a mente, é um facto constante perante o médico*” (Gray cit. p. Lipovsky, 1986:20).

Um outro contributo de valor, trata-se da obra: “Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body”, publicada pela primeira vez em 1872 por Daniel Tuke, e que consiste numa compilação de relatos clínicos ilustrativos da influência da mente sobre o corpo (Lipovsky, 1986).

Uma outra visão bastante avançada foi a apresentada por Maudsley, em 1876: “*Se as emoções não forem descarregadas quer em actividade corporal quer em acção mental apropriada, estas vão actuar sobre os órgãos internos e desequilibrar as suas funções*” (Maudsley, 1876 cit. p. Luban-Plozza et al., 1992: 2)

Já quase na viragem do século, William Osler, fez uma revisão das ideias expressas por Platão aplicando-as à Medicina e fez a seguinte previsão numa conferência em 1893 : “ *... na medicina do futuro a interdependência da mente e do corpo, será mais globalmente reconhecida , e será igualmente reconhecida que a influência que cada um destes aspectos (mente e corpo) tem sobre o outro, pode ser*

exercida de uma forma que não pensamos hoje ser possível ” (Osler, 1893 cit. p. Lipovsky, 1986: 25)

Contemporâneo de Osler, Hughes, o editor da revista “ *Alienist and Neurologist*” também afirma: “... *estamos a aproximar-nos de uma era, na qual se deve tratar o paciente como um todo e não mais como uma parte ou um órgão apenas*” (Hughes, 1894 cit. p. Lipovsky, 1986 : 26).

Voltemos então aos contributos considerados basilares de que havíamos dado conta no início.

A Semente Freudiana:

Embora não tenha mencionado o termo “Psicossomática” em nenhuma das suas obras, a teoria Psicanalítica postulada por Freud (1856- 1939) influenciou fortemente, através do trabalho dos seus discípulos e seguidores, a formação dos conceitos de base da Psicossomática (Wittkower,1977).

Apesar de Freud não se ter interessado pelo domínio da psicossomática, é possível encontrar um comentário seu, datado de 1905, no qual expressa à semelhança de Hipocrates e Galeno, a ideia de que as emoções negativas, nomeadamente a depressão e a ansiedade, podem provocar doenças somáticas em indivíduos com predisposição para as mesmas, enquanto que as emoções positivas, como a alegria podem surtir um efeito rejuvenescedor sobre o corpo (Freud, 1905, cit. p. Taylor, 1999).

Freud, insurgiu-se contra a abordagem meramente física das doenças, proposta pela medicina da época (Namora, 1977), tendo aplicado o raciocínio científico ao estudo da personalidade. Sobretudo através da descoberta do “inconsciente”, Freud estabeleceu os princípios dinâmicos fundamentais da causalidade psicológica (Akoun, 1979 e Wittkower, 1977). Formulou igualmente ideias revolucionárias acerca da influência dos

conflitos emocionais inconscientes no desencadear das doenças mentais (Lipsitt, 1999). Freud, mencionou ainda, aquilo a que chamou de “afectos estrangulados”, para explicar o aparecimento de distúrbios psíquicos e físicos. Afirmou que se as emoções forem reprimidas elas vão tornar-se uma fonte de tensão crónica que provocaria o aparecimento de sintomas histéricos (Alexander, 1989). Assim, para provocar o desaparecimento dos sintomas seria necessário anular o processo de repressão desses impulsos (Musaph, 1977).

A contribuição de Freud, marcou profundamente o curso da investigação no âmbito da Psicossomática.

A Semente Pavloviana:

Através das suas experiências de condicionamento clássico, Pavlov (1849-1936) forneceu à ciência em geral e à Psicossomática, em particular, um instrumento para induzir o *stress* e para medir as emoções a este associadas (Wittkower, 1977 e Luban-Plozza et al, 1992) . A partir dessas mesmas experiências, elaborou uma tipologia do sistema nervoso, para caracterizar as diversas reacções dos cães ao condicionamento por ele concebido: tipo excitável, tipo inibido e tipo central. A cada um destes tipos corresponderiam diferentes aspectos do carácter, associados à maior ou menor actividade cortical (Gauquelin, 1984).

Pavlov tentou extrapolar as suas evidências experimentais para o comportamento humano e afirmou que os tipos de carácter encontrados nos cães, se aproximavam muito dos tipos caracteriológicos propostos por Hipócrates (Gauquelin, 1984). A sua tipologia procurava caracterizar a maior ou menor maleabilidade do cérebro para passar da excitação à inibição e correlacioná-la com o comportamento explícito.

A Semente Cannoniana:

Cannon (1871- 1945), especificou, no sentido de uma maior compreensão, a complexa interação entre as glândulas endócrinas e as funções vegetativas e demonstrou que a tensão emocional poderia ser conduzida a qualquer parte do corpo através da via cortico-talâmica e autonómica (Dunbar, 1977 e Wittkower, 1977).

Para este autor, as emoções funcionariam como agentes de preparação do corpo para a reacção de “fuga” ou “luta” em situações de emergência, de tal forma que, perante situações que evocassem emoções como “medo” e “raiva”, desencadear-se-iam mudanças fisiológicas importantes no corpo. Desta forma a emoção prepararia o corpo para fazer face rapidamente a quaisquer situações de emergência que pudessem vir a surgir (Luban-Plozza et al, 1992 e Lipsitt, 1999).

A transição para o século XX, trouxe o enraizamento de todos os contributos- semente lançados por tantos autores de séculos anteriores. O século XX viria a ser o século da afirmação e reconhecimento da Psicossomática.

O Desenvolvimento da Psicossomática no Século XX

As influências anteriores consubstanciaram-se no século XX, originando novas ideias e escolas de pensamento que influenciariam toda a investigação desenvolvida em “Psicossomática”.

Assim, em 1907, Adler publicou uma obra com grande interesse e repercussão, denominada : *“A Compensação Física do Estado de Inferioridade dos Órgãos”*, na qual afirma que, quando o organismo está exposto aos ataques do mundo exterior, vai

reagir em função do limiar de tolerância e resistência dos diferentes órgãos. Este limiar seria diferente de indivíduo para indivíduo porque resultaria simultaneamente de uma tendência familiar, hereditária e de uma deficiência individual, resultante de um complexo de inferioridade real ou imaginário. Estes aspectos contribuiriam para originar uma inferioridade orgânica específica, que pronunciaria a eclosão de uma determinada doença (Schaffer, 1979 e Luban-Plozza et al, 1992).

No virar do século, Adolph Meyer (1915, cit. p. Dunbar, 1976 e Lipsitt, 1999), desenvolve uma nova linha de investigação denominada Psicobiologia, que veiculou conceitos que muito influenciaram a investigação posteriormente desenvolvida em Psicossomática. Este autor expressa a sua posição da seguinte forma: “ *O que importa é a actividade e o comportamento do organismo total (...) opondo-se à actividade de órgãos isolados*” e define a Psicobiologia da seguinte forma: “ *A Psicobiologia tal como a concebemos, é (...) o capítulo ausente quer na fisiologia quer na patologia gerais, o capítulo que lida com as funções da pessoa total e não meramente com as suas partes destacáveis*”(Meyer, 1915, cit. p. Dunbar, 1976: 7).

William White, igualmente na linha da Psicobiologia apresenta a ideia de que : “ *o corpo e a mente, são apenas aspectos diferentes de uma mesma unidade biológica - o indivíduo*” (White, 1918, cit. p. Dunbar, 1976: 7).

O Germinar da Influência Freudiana:

A partir dos anos vinte e durante a década que se lhe seguiu, iniciou-se um movimento da Psicossomática, na Alemanha e na Áustria, como reacção à abordagem médica da altura, considerada muito mecanicista (Wittkower, 1977). Passaremos a

desenvolver brevemente alguns dos contributos dos autores que deram corpo a este movimento e o divulgaram quer nos Estados Unidos da América, quer na Europa.

Félix Deutsh, em 1922, foi o primeiro autor conhecido a utilizar o termo conjunto: “Medicina Psicossomática” definindo-o como: “*Psicanálise aplicada à Medicina*” (Deutsh, 1922 cit. p. Luban-Plozza et al, 1992: 2). Discípulo de Freud, quando emigrou para os Estados Unidos da América, tornou-se o “pai” da Medicina Psicossomática e influenciou profundamente a investigação nesta área (Dunbar, 1976 e Lipsitt, 1999).

No hospital onde trabalhava, em Boston, Deutsh desenvolveu uma técnica, presentemente ainda usada, denominada de “anamnese associativa”. Esta última consiste numa entrevista clínica com base na técnica de associação-livre, destinada a compreender qual o significado inconsciente das queixas e sintomas físicos apresentados pelos doentes (Lipsitt, 1999).

Groddeck (1921), citado por Dunbar (1976), procurou demonstrar através de relatos ilustrativos, que a psicanálise pode ser utilizada no estudo e no tratamento das doenças orgânicas. Segundo este autor, todas as doenças servem o propósito de representar simbolicamente um conflito interno e podem actuar proporcionando uma de três opções: a resolução do conflito, o seu recalçamento ou a prevenção da tomada de consciência desse conflito (Lipovsky, 1986).

Também influenciado pelo pensamento freudiano, Ferenczi (1924, cit. p. Dunbar, 1976) sublinha o facto do “inconsciente” poder socorrer-se dos sintomas orgânicos, bem como dos neuróticos, para proteger conteúdos reprimidos.

Ainda um outro nome com particular relevância, devido à originalidade do seu contributo, foi Muhl. Este autor, em 1929, afirmou que um dos factores responsáveis

pela falta de interesse dos profissionais de saúde pelos aspectos emocionais subjacentes às doenças, podia estar no facto dos pacientes, na sua grande maioria, não se encontrarem conscientes do conflito emocional que ocorre dentro deles, ainda que este possa ser o principal factor etiológico da doença (Muhl, 1929, cit. p. Dunbar, 1976). Assim, Muhl descreve que muitos dos seus colegas negavam que um determinado paciente seu pudesse ter, na base da sua doença, um determinado conflito emocional, simplesmente porque quando lhe perguntavam se estava preocupado ou com receio de algo, este dizia sempre que não (Muhl, 1929, cit. por Dunbar, 1976). Segundo Muhl (1929, cit. por Dunbar, 1976), confiar inteiramente na palavra do paciente e presumir que um conflito emocional não está presente, simplesmente porque o paciente o diz, equivale a aceitar que um paciente não tem uma determinada doença física, simplesmente porque ele o afirma (Dunbar, 1976).

Segundo Muhl (1929), citado por Dunbar (1976), o tratamento sintomático, torna-se fútil, quando se negligencia a vida e história emocional do doente. Desta forma o autor descreve diversos casos em que após o tratamento sintomático, a doença volta a ocorrer sob outras formas, porque não se teria explorado a vivência emocional do paciente, que é por vezes a maior fonte de distúrbios (Muhl, 1929, cit. p. Dunbar, 1976).

Para Muhl, as emoções contribuem para o aparecimento de uma doença da seguinte forma: “ *Qualquer pessoa que tenha uma grande diversidade de emoções reprimida, especialmente as de ódio e medo, está a estagnar a sua energia emocional e a impedir que uma grande quantidade dessa energia seja utilizada na manutenção geral do bom estado físico e da resistência do organismo*” (Muhl, 1929, cit. p. Dunbar, 1976: 100).

Reich, um outro discípulo de Freud e talvez o mais incompreendido, lançou o degrau que permitiu a Masters e Johnson publicar, em 1966, a mais conhecida e polémica obra sobre o comportamento sexual humano “Human Sexual Response”

(Mousseau, 1978). Reich (1897-1957), defendeu que as neuroses resultam do bloqueio da energia sexual e que, para evitar a sua recaída, após uma cura psicanalítica, se deve assegurar a existência de uma vida sexual em que exista a satisfação orgástica. Segundo este autor, é através do orgasmo satisfatório que se pode desbloquear a energia que estava estagnada e que se tornou fonte de alimento da neurose, devido à angústia que provoca (Mousseau, 1979). Reich, afirmava que doenças como a esquizofrenia ou o cancro, resultavam do bloqueio da energia sexual e com o intuito de reequilibrar esse “fluxo energético”, construiu aparelhos que permitiriam condensar partículas de energia sexual (orgones), para de seguida as transmitir ao corpo do paciente (Mousseau, 1979).

A escola de pensamento Freudiana que se originou na Áustria e Alemanha, chegou aos Estados Unidos pela mão de Deutsch e à Inglaterra através de Wittkower, que em 1931 realizou a sua tese em Berlim, intitulada: *“A influência das emoções nas funções corporais”* e em 1933 fixou-se em Inglaterra onde estimulou o interesse pela Psicossomática no meio académico (Wittkower, 1977).

Já anteriormente, em 1925, tinha surgido, com base nos contributos desta escola, uma compilação que apresentava as diversas investigações até então realizadas, os contributos filosóficos, e observações clínicas de variadas áreas da Medicina, dando suporte à ideia de que era preciso não negligenciar o papel dos factores psicológicos na etiologia e tratamento da doença. Este conjunto de artigos, transmitia claramente a ideia de que era preciso encarar o Ser Humano, como unidade estrutural na qual está incluída a parte psicológica (Lipovsky, 1986).

Dez anos mais tarde, surge a monumental obra *“Emotions and Bodily Changes”*, considerada pedra basilar para a construção da Psicossomática enquanto ciência. Neste livro, Helen Dunbar fez uma brilhante compilação dos trabalhos, com relevância para a compreensão dos aspectos psicossomáticos, publicados entre 1910 e 1933 (Wittkower,

1977 e Lipsitt, 1999). A obra foi enriquecida com uma extensa revisão bibliográfica e com a observação directa, através do paradigma psicanalítico, de grande número de pacientes com diversas doenças orgânicas, relacionando os seus tipos de reacção, com perfis de personalidade consistentes (Wittkower, 1977). Este livro, reeditado múltiplas vezes nas décadas seguintes, ajudou a divulgar e a tornar perene o termo “Psicossomática” (Lipovsky, 1986).

A noção, tão firmemente defendida por Dunbar, de que existiriam perfis de personalidade com maior ou menor predisposição para desenvolver uma determinada doença ou certo núcleo de sintomas, suscitou um imenso interesse. Tal proposta foi ao encontro de muitas evidências, nomeadamente as constatadas pelas companhias de seguros ao assumirem a existência de um factor “X”, que compreendia um aspecto da personalidade que predisporia as pessoas aos acidentes, e que estaria por detrás de oitenta a noventa por cento de todos os acidentes verificados (Dunbar, 1976). Acerca dos perfis de personalidade Dunbar (1976: 75) afirma ainda: *“...o perfil de personalidade, tem sido encontrado repetidamente em mais de 80 por cento dos pacientes que sofrem de uma determinada doença e que se encontram em conformidade com o padrão de personalidade característico da sua doença”*.

A sua obra e as ideias nela veiculadas surtiram um grande efeito na comunidade científica da altura e estimularam muito do interesse a que ainda actualmente assistimos em torno da Psicossomática.

Outro nome de grande importância trata-se de Franz Alexander, que durante os anos trinta, mas sobretudo nos anos cinquenta, influenciou profundamente o pensamento na Psicossomática.

Alexander chegou aos Estados Unidos da América, no início da década de trinta, até onde levou o interesse alemão pela Psicossomática, fundando o Instituto

Psicanalítico de Chicago (Lipsitt, 1999). A partir da investigação desenvolvida neste Instituto, propagaram-se algumas das ideias que mais influenciaram a Psicossomática nos anos quarenta, nomeadamente as de que: 1) a origem das desordens psicossomáticas reside nas experiências da infância as quais gerariam conflitos específicos e, 2) os conflitos que se originaram nessa altura permanecem até à idade adulta, como parte de um estado que vai predispor o indivíduo para a doença psicossomática (Christie, 1981 e Luban-Plozza et al, 1992). Segundo os mesmos autores, esta predisposição pode ser activada ou reactivada por circunstâncias externas ou por eventos de vida que façam o indivíduo experimentar novamente o conflito específico da infância, provocando o surgimento da doença psicossomática.

Alexander contribuiu de forma indelével para o progresso da Psicossomática ao propor uma distinção importante entre sintomas conversivos e doenças orgânicas ou neuroses vegetativas (psicossomáticas) (Alexander, 1989). Assim, os primeiros, seriam sintomas corporais que correspondem a uma expressão simbólica da vivência psicológica do indivíduo e as segundas, equivalem a respostas vegetativas provocadas por estados emocionais crónicos e desprovidas de significado simbólico. O autor afirmou: *“A única semelhança entre os sintomas de conversão histerica e as respostas vegetativas às emoções reside no facto de que ambos são respostas a estímulos psicológicos. Eles diferem basicamente, no entanto, quanto à sua psicodinâmica e fisiologia”* (Alexander, 1989:37). Para este autor, a cada estado emocional corresponderia um síndrome fisiológico específico (Alexander, 1989).

Emoções como o medo ou a culpa, quando reprimidas, vão originar tensões emocionais crónicas, e conseqüentemente disfunções orgânicas; mas o tipo de doença que surge, depende do conflito específico que afecta o indivíduo desde a sua infância (Christie, 1981 e Lipovsky, 1976).

No Instituto Psicanalítico de Chicago, durante mais de dez anos consecutivos, foram examinados pacientes sofrendo das seguintes perturbações psicossomáticas: asma brônquica, artrite reumatóide, colite ulcerosa, hipertensão essencial, neurodermatite, tireotoxicose, e úlcera péptica duodenal (Alexander, 1989). Estes estudos originaram um livro publicado em 1968 por Alexander (já postumamente), French e Pollock, no qual se propunha a distinção de sete doenças específicas tendo por base os padrões psicológicos associados a cada uma delas (Wittkower, 1977). Estas doenças estudadas por Alexander e seus colaboradores denominar-se-iam futuramente na literatura, como as “sete doenças psicossomáticas sagradas” (holy seven) (Luban-Plozza et al, 1992).

Apesar de existir um importante ponto de união entre Alexander e Dunbar, pelo facto de ambos recusarem a existência de um significado simbólico subjacente às doenças psicossomáticas (Wittkower, 1977), vários autores procuraram opor a corrente de pensamento desenvolvida por Alexander, à proposta por Dunbar, sublinhando a grande divergência entre ambas, no que diz respeito ao elemento identificado como “responsável” pelo desenvolvimento de uma determinada doença Psicossomática (Luban-Plozza et al, 1992). Desta forma o conceito de perfil de personalidade proposto por Dunbar e o de conflito específico, avançado por Alexander, foram identificados como exemplos de uma separação no campo da Psicossomática (Slaughter, 1947, cit. p. Dunbar, 1976).

Dunbar (1976: 76), referindo-se à cisão identificada por alguns autores entre os seus conceitos e os de Alexander afirma: “ *As discussões em torno de se são os perfis de personalidade que mais contribuem para uma doença específica ou se são os conflitos específicos é relativamente improdutiva. O perfil de personalidade indica o padrão de doença a que uma dada personalidade pode estar mais ou menos susceptível*

. *Os conflitos emocionais específicos podem fazer pender o indivíduo para um ou outro sintoma, ou grupo de sintomas, dentro desse padrão. A medida adequada de cada um dos factores depende da investigação científica*". Ainda mais assertivamente expõe: "*É importante perceber que nunca existiram duas "Escolas"* . Cada um dos autores tinha presente os dois factores. Mas os críticos, sempre ávidos por encontrar uma divergência entre os homens de Ciência, encontraram uma. O conceito de perfil de personalidade e a ideia de que certas pessoas podem estar mais ou menos susceptíveis a um ou outro tipo de doença surgiu como uma surpresa para as pessoas em geral e para os médicos cuja investigação apontava neste sentido".(Dunbar, 1976: 76).

Em 1939, tendo Dunbar como editora e movido pelo crescente interesse na área da Psicossomática, é publicado o primeiro número da revista "Psychosomatic Medicine", que lançou os degraus para se fundar, em 1942, a American Psychosomatic Society (Lipovsky, 1986). O lançamento desta revista, foi um evento de singular importância que muito contribuiu para o desenvolvimento das concepções em Psicossomática, através das múltiplas investigações nesta área aí publicadas, desde essa altura e até aos dias de hoje (Wittkower,1977 e Christie, 1986). A primeira nota editorial, que procurava explicar o que era a Psicossomática e qual a abrangência do seu campo, fazia-o na terceira página da seguinte forma,: "*O seu (da Psicossomática) objectivo, é estudar na sua interacção os aspectos psicológicos e fisiológicos, das funções corporais normais e anormais de forma a integrar a terapia somática e a psicoterapia*" (Lipovsky, 1986: 21). Ainda nesse editorial apareciam sublinhadas as especificidades do novo campo de estudo : "*1) estava relacionado com a abordagem psicológica na medicina em geral e em todas as suas especialidades, 2) estava interessado no estudo das interrelações entre a vida emocional e os aspectos ou respostas corporais, 3) baseado na premissa de que não existem distinções lógicas*

entre mente e corpo, 4) envolvendo investigação que procura correlacionar os processos psicológicos e fisiológicos no Homem e 5) simultaneamente um campo específico e uma parte integral de todas as especialidades médicas” (Lipovsky, 1986: 21).

Uma das críticas mais frequentemente tecidas em torno desta definição de Psicossomática e do seu campo de estudo, está directamente relacionada com o facto de existir uma completa ausência de menção à influência dos factores ambientais, e sobretudo dos factores sociais. Desta forma “.. *tem-se a impressão de que a medicina psicossomática, está exclusivamente preocupada com os fenómenos psicofisiológicos que ocorrem, como que, num vácuo social” (Lipovsky, 1986: 22).*

Ao longo dos anos que se seguiram parece ter havido da parte dos vários autores desta área, uma preocupação em colmatar esta deficiência colocando particular ênfase nos aspectos holístico e biopsicossocial, das suas definições de Psicossomática, facto sobretudo confirmado pela emergência de uma abordagem psicossocial (Lipovsky, 1986), mais adiante desenvolvida.

O Germinar da Semente Pavloviana

Outra importante linha de investigação foi a que se desenvolveu a partir dos trabalhos de Ivan Pavlov. A influência Pavloviana fez-se sentir sobretudo na então União Soviética, onde a experimentação animal dominou. Segundo Wittkower (1977), autores como Myasnikov (1954), Cernoruckij (1949) e Bulatov (1963), demonstraram com sucesso a relevância dos mecanismos cortico-viscerais em doenças do âmbito da Psicossomática tais como: a hipertensão, a úlcera péptica e a asma brônquica. A extrapolação destes estudos para os Seres Humanos, indica a influência de factores

como a “constituição física” e a “predisposição”, como elementos base na escolha do órgão afectado pela doença cortico-visceral (Wittkower, 1977).

Um outro contributo da fisiologia baseado nas experiências de Pavlov, foi o de Schäfer (1966, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992), que vem afirmar que existem determinadas situações com capacidade para desencadear emoções específicas. Estas emoções teriam a capacidade de actuar, alterando a composição química das secreções gástricas e dessa forma estar na origem de uma úlcera (Luban-Plozza et al, 1992).

Petzold e Reindell, em 1977, baseando-se no modelo pavloviano do reflexo condicionado, conseguiram produzir experimentalmente, ataques de asma em porquinhos da Índia, apenas utilizando um sinal acústico. Conseguiram de forma semelhante desenvolver nos animais, distúrbios comportamentais e autonómicos até ao ponto de provocarem lesões somáticas irreversíveis, tais como a hipertensão ou o enfarte do miocárdio. Este efeito extremo era conseguido através do condicionamento de dois reflexos com reacções opostas e posteriormente com o aparecimento de ambos os sinais desencadeadores em simultâneo gerando uma situação de conflito no animal (Luban-Plozza et al, 1992).

O Germinar da Semente Cannoniana

O contributo de Cannon também frutificou em autores cujo trabalho enriqueceu a Psicossomática. Um destes foi Selye que, em 1946, descreveu a patogenia do *stress*, baseando-se nas teorias de Cannon (Dunbar, 1976). Selye, identificou factores de *stress* físico, químico e emocional que actuam sobre o organismo e o vão colocar perante a necessidade de se adaptar (Luban-Plozza et al, 1992). Para se ajustar a um determinado *stressor*, o organismo desenvolve um “síndrome geral de adaptação ao *stress*” (G.A.S.-

general adaptation syndrome) que compreenderia três fases essenciais: 1) o estágio de reacção de alarme, 2) o estágio de resistência e 3) o estágio de exaustão. Cada uma destas fases compreende alterações fisiológicas e morfológicas no organismo (Selvye, 1966, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992).

Stewart Wolf em 1950, na mesma linha de Cannon e opondo-se a Alexander, defende que as desordens psicossomáticas, se devem a respostas biológicas adaptativas e não a um conflito específico afectando a personalidade (Lipsitt, 1999 e Haynal & Pasini, 1984). Segundo este autor, quando o organismo se encontra sob *stress*, seja este real ou imaginado (simbólico), vai desencadear uma resposta fisiológica que pode assumir diversas formas: protecção, defesa ou ofensa (Wolf, 1950, cit. p. Haynal & Pasini, 1984).

Segundo Wolf, indivíduos sujeitos a múltiplos acontecimentos stressantes, têm maior probabilidade de vir a sofrer de várias doenças diferentes, pois a sua vivência dos diferentes tipos de *stress*, estaria constantemente a ser transposta para o seu corpo de um modo igualmente diversificado (Wolf, 1950, cit. p. Haynal & Pasini, 1984).

Outro autor que se fundamentou em Cannon, para explicar o surgimento das doenças psicossomáticas, foi Von Uexküll (1963, cit p. Luban-Plozza et al, 1992). Para este autor, nas perturbações psicossomáticas, existiria uma oscilação emocional produzida por eventos percebidos pelo indivíduo como ameaçadores e que fariam o corpo reagir antecipatoriamente.

Este estado de preparação pode tornar-se crónico, quando o seu propósito inicial de “lutar ou fugir “ (*fight or flight*) não se cumpre (Von Uexküll, 1963, cit p. Luban-Plozza et al, 1992). A sequela desta não resolução, traduz-se na permanente elevação do metabolismo e actividade do organismo, o que pode por exemplo resultar em ulceração, provocada por excesso de secreção gástrica. De forma idêntica, repetidas subidas na

pressão sanguínea, com origem na antecipação psicológica, podem precipitar o aparecimento de hipertensão essencial (Von Uexküll, 1963, cit p. Luban-Plozza et al, 1992).

Segundo Von Uexküll (1963, cit p. Luban-Plozza et al, 1992) a doença ocorre porque o estado de preparação para a resposta, que foi induzido, não consegue ser resolvido, devido a uma perturbação na maturação ou a uma perda de motivação originada por uma excessiva repressão.

Ainda segundo Uexküll (1950, cit. p. Luban-Plozza, 1992), as perturbações psicossomáticas distinguem-se dos sintomas conversivos, porque as primeiras seriam tentativas de comunicação sem significado perceptível e os últimos teriam um significado expressivo. Através dos sintomas conversivos, o material reprimido sob a forma de impulsos, desejos e fantasias, seria expresso através de actos fragmentados, aos quais corresponderiam os sintomas histeriformes (Von Uexküll, 1950, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992).

Segundo Wittkower (1977) e Luban-Plozza et al (1992), autores como Engel (1954), Greene (1958), Schmale (1958) e Engel e Schmale (1968) conjuntamente, investigaram as reacções de *stress* a uma perda real ou imaginária de um objecto. Segundo estes autores, a incapacidade em passar pelo processo de luto ou pela angústia, após a perda de um objecto significativo, vai provocar um estado psicológico de desamparo, desespero e desistência, propício ao desenvolvimento de doenças psicossomáticas, tais como a colite ulcerosa.

Freyberger (1976, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992), baseando-se no trabalho desenvolvido por Engel e Schmale, desenvolve o seu trabalho centrando-se no processo de perda. Segundo este autor, a perda de um "objecto" (exemplo: ente querido, animal de estimação, emprego, casa, etc), com o qual existe uma forte ligação, está

frequentemente presente nas fases iniciais das doenças psicossomáticas. Esta relação, deve-se ao facto dos pacientes psicossomáticos não conseguirem ultrapassar o seu luto de forma adequada. A consequência inicial de uma perda não elaborada vai ser a depressão à qual, normalmente se seguem os distúrbios físicos.

Curiosamente estas investigações (Engel e Schmale, 1968 e Freyberger, 1976), ainda que sobretudo identificadas com a linha Cannoniana, apresentam-se muito ligadas ao trabalho desenvolvido por Freud (1917) no seu texto : “Luto e Melancolia”, acerca das pessoas que são incapazes de ultrapassar o luto pela perda de um objecto significativo e que, ao não conseguirem aceitar desligar-se emocionalmente desse objecto vão conduzir-se a um processo de depressão psicológica.

Contributos com Base nos Conceitos de Pensamento Operatório, Alexitimia, Depressão essencial e Depressão à Priori

A ideia de que existe uma qualquer forma de dificuldade cognitiva e/ou ao nível da expressão emocional, nas pessoas que apresentam doenças psicossomáticas, ou que têm propensão para as desenvolver, foi um aspecto muito desenvolvido por alguns autores.

Assim, Ruesh (1948, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989) afirma que as pessoas que desenvolvem doenças psicossomáticas são mais imaturas (personalidade infantil), devido a uma paragem no seu desenvolvimento e que a sua doença, resultaria do facto de não conseguirem comunicar ao nível simbólico. Assim sendo, estas pessoas seriam incapazes de descarregar a sua tensão através da expressão verbal ou criativa pelo que teriam de recorrer a um nível de comunicação pré-verbal para se expressarem, ou seja, comunicariam através do seu sistema nervoso autónomo. As psiconeuroses por seu

turno, seriam diferentes das doenças psicossomáticas, na medida em que não corresponderiam a uma paragem no desenvolvimento, mas sim a um desenvolvimento patológico (Lolas & Von Rad, 1989).

Um desenvolvimento da teoria de Ruesh, surge através dos trabalhos de Schands, de Marty e M'Uzan, e dos de Nemiah e Sifneos (Debray, 1983; Marty e Debray, 1986; Lolas & Von Rad, 1989 e Taylor, 1990).

Shands (1958, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989), nos seus trabalhos acerca da adequação da psicoterapia a determinados doentes, descreveu os principais traços de um síndrome que caracterizaria os “pacientes difíceis”. Estes traços eram: 1) uma notória incapacidade para descrever sentimentos, 2) uma familiaridade peculiar, em particular com o médico, 3) uma capacidade pouco desenvolvida para usar o pronome “Eu” em contextos emocionalmente relevantes e 4) uma tendência para apresentar queixas bizarras e sensações corporais difusas, não localizáveis e 5) um elevado grau de circunstancialidade nas conversas com os outros .

Shands (1958, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989) referiu ainda que muitos dos pacientes psicossomáticos, pareciam enquadrar-se nesta categoria de “pacientes difíceis”, por comparação com os pacientes com psiconeuroses.

Pierre Marty e Michel de M'Uzan, introduziram em 1963 o termo “pensamento operatório”, quando publicaram relatos da sua experiência clínica com numerosos pacientes fisicamente doentes. Neste relato, os autores demonstravam que um número significativo dos seus pacientes era incapaz de fantasiar, e que o conteúdo das suas associações era banal, pouco imaginativo e colado à realidade, a este tipo de pensamento deram o nome de “pensamento operatório” e através deste conceito propuseram a hipótese de uma personalidade psicossomática específica (Marty, 1993).

Nos pacientes com pensamento operatório, a relação psicoterapêutica foi descrita como monótona e aborrecida (*relation blanche*). Ocorria igualmente na relação terapêutica, um fenómeno de “duplicação projectiva” ou relação em espelho, na qual o paciente demonstrava uma incapacidade para perceber a individualidade do terapeuta, projectando neste a sua própria imagem (Marty & M'Uzan, 1963, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989).

Nemiah e Sifneos (1973, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989) trariam à luz o conceito de Alexitimia. Estes autores, cativados pelas observações de Ruesh e de Marty e M'Uzan, procuraram identificar a natureza do conteúdo do pensamento dos doentes psicossomáticos, bem como da sua expressão afectiva. Desta forma, transcreveram palavra a palavra, o conteúdo de entrevistas psiquiátricas de vinte doentes, que apresentavam uma das doenças psicossomáticas clássicas de Alexander (Nemiah & Sifneos, 1973, cit. p. Taylor, 1990). As entrevistas foram conduzidas de forma a estimular a associação livre e a fantasia. Da análise de conteúdo, os autores constataram que dezasseis dos vinte pacientes, apresentavam uma dificuldade notória em descrever verbalmente os seus sentimentos, bem como uma ausência ou diminuição marcada da fantasia. O seu modo de comunicar caracterizava-se por uma ausência, ou grande diminuição do pensamento simbólico, o que impedia que as suas atitudes, sentimentos, desejos e pulsões, emergissem (Nemiah & Sifneos, 1973, cit. p. Taylor, 1990). Estes aspectos contrastavam visivelmente com a riqueza simbólica e a vivacidade das entrevistas conduzidas em pacientes sofrendo de psiconeurose (Nemiah & Sifneos, 1973, cit. p. Lolas & Von Rad, 1989).

Pierre Marty, viria anos mais tarde a modificar o conceito de “pensamento operatório” transformando-o no de “vida operatória” (Marty, 1993).

O estado de “vida operatória” corresponderia a um período de vida “automática” a todos os níveis funcionais: o pensamento seria reduzido a uma forma secundária, existiria um bloqueio ou sólida inibição que produziria o equivalente a um congelamento e que afectaria todos os sistemas de ligação entre as diversas representações ao nível do pré-consciente, que passaria a ocupar-se apenas do factual e do actual (Marty & Debray, 1989). O uso da palavra seria reduzido apenas ao aspecto utilitário, não existindo manifestação e elaboração da libido nem dos impulsos ao nível psicológico, sendo o pensamento, tal como o sonho, pobre e repetitivo (Marty & Debray, 1989). Marty (1993: 17) refere-se a este conceito da seguinte forma: *“A vida operatória, ligada à depressão essencial, constitui uma etapa de relativa cronicidade, um arranjo frágil, um estado instável, que se instala no decorrer de uma desorganização progressiva lenta. É repleta de incidentes ou acidentes somáticos”*.

Segundo o autor, o estado de vida operatória tem na sua base, uma depressão essencial que arrasta o indivíduo para uma progressiva desorganização (Marty, 1993). Para Marty esta depressão denomina-se essencial, porque corresponde a uma verdadeira baixa instintiva e libidinal, sem qualquer sintomatologia neurótica, psicótica ou emocional associada (Marty & Debray, 1989). A depressão essencial para Marty (1993:18): *“...constitui a essência da depressão, depressão sem objecto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática e deve ser relacionado com a precaridade do trabalho mental”*.

Segundo este autor, é no decorrer de períodos de depressão essencial que o estado de “vida operatória” se instala, com poucas hipóteses de regressão ou remissão espontânea (Marty & Debray, 1989).

O sujeito em estado de “vida operatória”, evoca a imagem de “*um morto vivo*” e o risco de um processo de somatização grave, é constante e aumenta proporcionalmente ao tempo de duração do estado de “vida operatória” (Marty & Debray, 1989).

Para Pierre Marty (1993), ninguém está totalmente livre de poder vir a activar o processo que conduz a uma fase de “vida operatória”, com conseqüente desorganização somática. Vivências *stressantes*, como por exemplo a precariedade financeira, que afectem simultaneamente o mundo interno e o mundo externo da pessoa, podem conjuntamente actuar no sentido de potenciar o aparecimento deste estado (Marty & Debray, 1989). Igualmente segundo Marty (1993), não é possível reduzir um processo tão abrangente como o que ocorre no estado de “vida operatória” a um conceito tão específico como o de Alexitímia, o qual se refere apenas a um dos aspectos da caracterização global dos indivíduos neste estado.

Sami-Ali (1992) apresenta por sua vez o conceito de “depressão *a priori*”, como estando na origem do desenvolvimento das doenças psicossomáticas. Para o autor, este estado depressivo estabelecer-se-ia numa fase muito precoce do relacionamento materno-infantil, tendo muitas vezes as suas raízes na própria vivência da gravidez por parte da mãe. Segundo Sami-Ali, a “depressão *a priori*” do bebé, derivaria da depressão materna, que provoca uma ausência de reciprocidade relacional na interacção mãe-bebé (Sami-Ali, 1990). Com uma mãe deprimida, independentemente do que a criança faça, não é reconhecida, nem aceite, nem amada. Tudo parece ter o mesmo significado, fazer uma coisa ou o seu contrário é igual, neste clima relacional neutro, onde a ausência materna gera a ausência do bebé (Sami-Ali, 1990). Este clima relacional neutro seria o terreno propício para o desenvolvimento de uma patologia psicossomática, porque não permitiria o desenvolvimento de uma identidade diferenciada, o que se traduziria numa fraca diferenciação do sistema imunológico do bebé, bem como dos seus ritmos

corporais e da sua percepção espacio-temporal . Os ritmos são uma questão essencial, porque eles emergem da relação. Um desses ritmos fundamentais é o da alternância vigília-sono e outro o da regulação térmica. O papel da mãe é o de sincronizadora dos ritmos biológicos. Para Sami-Ali (1992), são os ritmos biológicos que regem as funções psíquicas nomeadamente a função onírica, que segundo este autor é uma das vivências mais afectadas no processo que conduz ao aparecimento de uma doença psicossomática. Isto dever-se-ia a uma carência ao nível dos esquemas de representação da criança, que necessitam para se estabelecer da presença materna . Para Cady (1994: 5): “*A constituição do imaginário é relacional (...) efectua-se inicialmente em torno da relação com a mãe durante a experiência de diferenciação que vai permitir ao sujeito aceder á sua própria identidade imaginária (...) é esta relação fundamental que permite ao imaginário construir-se*”.

A depressão *a priori* do bebé traduzir-se-ia desde a primeira infância por sintomas tradutores de uma vulnerabilidade psicossomática, tais como as infecções agudas de repetição, as alergias ou as cólicas abdominais (Sami-Ali, 1992 e Strecht, 1998). Estas primeiras expressões do impasse relacional vivido durante a primeira infância, acompanham muitas vezes o indivíduo ao longo de toda a vida, reemergindo sob formas distintas das iniciais mas que, no entanto aparentam ter algo de muito importante em comum: a sua ocorrência parece estar sempre ligada à vivência por parte do indivíduo de situações que de novo o remetem para a ausência relacional, a perda e o abandono experimentados através de uma mãe ausente, na sua infância mais precoce (Sami-Ali, 1997).

A Linha da Sociopsicossomática:

Esta linha surgiu sob a denominação de sociopsicossomática, termo primeiramente utilizado por Schäffer (1950, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992), procurando responder à necessidade de integrar as vivências sociais e culturais do indivíduo no seio da psicossomática. Incluídos nesta denominação encontramos estudos de áreas tão diversas quanto a antropologia ou a saúde pública (Luban-Plozza et al, 1992).

Na área da antropologia, Margaret Mead (1947, cit. p. Wittkower, 1977), desenvolveu estudos nos quais correlacionou o tipo e a incidência de doenças psicossomáticas, com a forma como se estabelecia a relação precoce mãe-bébé nas diferentes culturas, ditas primitivas, que estudou.

Halliday em (1948, cit. p. Wittkower, 1977), do ponto de vista do estudo da saúde pública, referiu que a presença de factores como o *stress* económico ou o sistema de valores alterado, teria a capacidade de alterar a qualidade da relação mãe-bebé, levando a um aumento da incidência de doenças tais como o reumatismo, a úlcera péptica ou a angina de peito.

Hinkle (1957 cit. p. Luban-Plozza et al, 1992), conduziu uma série de investigações em populações de diferente origem, raça e cultura, tendo chegado às seguintes conclusões: 1) em média, a maioria das doenças ocorre numa pequena parcela da população total, 2) todas as pessoas apresentam uma propensão idiossincrática para a doença e 3) a ocorrência de doenças não se encontra distribuída de forma igual ao longo do tempo, mas antes apresenta uma tendência para aumentar em torno de situações stressantes que afectam a sociedade em geral, tais como situações em que o meio ambiente é percebido como hostil ou épocas em que há impostos muito elevados.

Também advogando esta posição encontramos Lipovsky (1973, cit. p. Wittkower, 1977), que dá grande ênfase aos efeitos adversos que o meio social pode exercer sobre a mente e o corpo, sobretudo em sociedades viradas para a tecnologia. Segundo este autor, o meio social influenciaria a mente e o corpo dos indivíduos, por ser: 1) uma fonte de estímulo e de informação, 2) um instigador do pensamento, dirigido a um objectivo, e da acção, 3) uma fonte de estimulação que dá origem ás percepções somáticas e 4) uma fonte de factores que alteram a função cerebral, bem como a sua estrutura, prejudicando as capacidades adaptativas do indivíduo (Lipovsky, 1973, cit. p. Wittkower, 1977).

Blohmke (1976, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992: 22) descreve as ramificações da sociopsicossomática da seguinte forma: *“A sociedade, no seu mais amplo sentido, incluindo o ambiente, age sobre os indivíduos influenciando directamente os seus processos psíquicos. Estes últimos vão espoletar emoções que se transformam em reacções bioquímicas passando através do hipotálamo, sistema nervoso simpático e glândulas adrenais que, por sua vez, vão afectar o sistema cardiovascular e a resposta imunobiológica. A extensão destas reacções sobre os factores psicossociais depende largamente da estrutura individual de personalidade”*.

Apesar de distintos, os contributos dos autores referidos partilham a noção de que a compreensão da origem e desenvolvimento da patologia psicossomática deve incluir a compreensão do contexto socio-cultural em que o indivíduo se insere.

Os Contributos Derivados da Teoria dos Sistemas

A visão sistémica olha para o Homem *“como um sistema aberto inserido numa hierarquia de outros sistemas abertos”* (Luban-Plozza et al, 1992: 20), no qual os

sistemas mais simples (ex: células) precedem os mais complexos (ex: órgãos), mas onde há uma interpenetração de todos os níveis.

A teoria do sistema geral, mais conhecida por teoria sistémica, foi concebida na década de trinta e aperfeiçoada pelo biólogo Von Bertalanffy (1971, cit. p. Chambel & Curral, 1995). Segundo este autor, o método cartesiano de investigação não permite compreender a complexidade interna que caracteriza todos os seres vivos, porque como se preocupa em estudar as partes, que constituem os organismos, separadamente, não fornece qualquer informação acerca da forma como se faz a coordenação dessas partes. Para Bertalanffy (1971, cit. p. Chambel & Curral, 1995), interessava sobretudo descobrir as leis que regem os sistemas biológicos na totalidade dos níveis que os compõem: células, tecidos, órgãos e subsistemas .

Gunthern (1984, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992) formulou de uma forma mais precisa esta teoria, adaptando-a à Psicossomática. Este autor procedeu à descrição dos vários níveis do organismo humano: fisiológico, cognitivo, emocional e transaccional, ao mesmo tempo que caracterizou o indivíduo como *“uma personalidade que age sobre o meio sociocultural, tal como é afectada pelas acções do mesmo”* (Gunthern 1984, cit. p. Luban-Plozza et al, 1992: 20). Uma mudança ocorrida em quaisquer níveis actuaria modificando os processos que ocorrem nos outros, nomeadamente no nível somático.

Um outro autor inserido nesta perspectiva é Bahne Bahnsen (1970), que propõe um modelo denominado “fenomenológico”. Este modelo permite a integração de todos os níveis de observação do Ser Humano implicados nas diversas abordagens dos autores da psicossomática (por exemplo os níveis: atómico, bioquímico e enzimático, citológico, endócrino, imunológico, visceral, muscular esquelético, comportamental e psicológico). Neste modelo fenomenológico, o organismo humano é representado como um cilindro constituído por vários níveis sobrepostos, cuja manifestação global não é

imediatamente percebida pelo observador que se foque apenas nos níveis acessíveis à consciência. Assim, para uma compreensão global do processo orgânico envolvido na doença, é necessário recorrer a diversos meios de observação para poder aceder também às vertentes orgânicas mais silenciosas, mas não necessariamente menos importantes (Bahnson, 1970). Segundo este autor, é necessário ter em conta o meio familiar e social onde o indivíduo se insere, as suas experiências relacionais precoces, o seu auto-conceito relacional, mas também as suas reacções hormonais, os seus processos imunitários, os seus mecanismos celulares de transcrição do DNA, entre outras das muitas faces do processo psicobiológico, para que possamos chegar a uma teoria global. Desta forma, é preciso que o observador esteja atento aos correlatos de todos os níveis, para que se aperceba da totalidade dos aspectos envolvidos no processo de adoecer.

Para Bahnson (1970) nenhum dos níveis tem maior ou menor importância sobre o outro, pois todos se encontram integrados e se influenciam mutuamente. Defende ainda que é necessário abandonar o reducionismo, resultante das observações circunscritas a um só dos níveis processuais que caracterizam o Ser Humano, e avançar para um nível de abstracção mais elevado. Quando tal for conseguido, irá surgir, não apenas uma visão mais completa do que está a acontecer às pessoas quando adoecem, mas sobretudo a aceitação como igualmente válidos, de todos os contributos e abordagens que surgem na psicossomática.

Para Bahnson (1970), a conquista desta nova visão permite olhar para todas as perspectivas em psicossomática, sem que haja necessidade de considerar as suas diferenças e proceder a uma integração de todas elas, como aspectos parcelares de uma mesma verdade.

Quadro 1: Algumas Referências Históricas que Contribuíram para Construção da Psicossomática

Data/ Época	Autor/es	Contributo/s	Fonte
Aproximadamente 450 a c	Sócrates/ Platão	Ideia de que o corpo não pode ser curado sem a mente	Dunbar (1976); Lipovsky (1986); Luban-Plozza et al (1992)
Aproximadamente 400 a c	Hipócrates	Ideia de que para a cura do corpo humano se conseguir é necessário o conhecimento da sua totalidade e de que as emoções (paixões) influenciam as funções corporais e podem causar doença. Formulação da teoria dos Humores.	Dunbar (1976); Namora (1977); Lipovsky (1986) e Luban-Plozza et al (1992)
Aproximadamente 350 a c	Aristóteles	Ideia de que a alma e o corpo fazem parte de uma mesma função orgânica .	Lipovsky (1986) e Auroux e Weil (1997)
Aproximadamente 200 a c	Galeno	Reconhecimento de que todas as funções do corpo são solidárias. Sistematização da teoria dos Humores de Hipócrates.	Namora (1977); Lipovsky (1986)
De 1227-1274	São Tomás de Aquino	Procedeu à adaptação do pensamento Aristotélico à doutrina cristã.	Haynal e Pasini (1984) Auroux eWeill (1997)
De 1260 a 1317	Mondeville	Ideia de que o prazer e a alegria são factores de bom prognóstico quer na prevenção quer na recuperação da doença.	Haynal e Pasini (1984)
De 1621-1675 De 1624-1689	Willis Sydenham	Reconhecimento de que existem factores emocionais que interferem com o curso da doença.	Namora (1977), Wittkower (1977), Haynal e Pasini (1984), Lipovsky (1986)
De 1646 a 1716	Leibniz	Fala da existência de uma harmonia preestabelecida ou acordo predeterminado entre corpo e mente.	Luban-Plozza et al (1992); Auroux e Weil (1997)
1691	Pechlin	Medo e tristeza identificados como factores implicados na maior probabilidade de metastização do cancro.	Lipovsky (1986)
1763	Gaub	Ideia de que é necessário levar sempre em conta a unidade mente-corpo para conseguir a cura das doenças.	Lipovsky (1986)
1791	Corp	Ideia de que existem pensamentos e emoções que desencadeiam a doença, enquanto que outros protegem o indivíduo da doença.	Lipovsky (1986)
1628-1771	Morgani	Ideia de que existe uma ligação entre o estado psicológico e o agravamento da doença	Haynal e Pasini (1984)
1759-1813	Reil	Existência de uma interacção mútua entre acontecimentos psicológicos e somáticos.	Wittkower (1977)
1745-1826	Pinel	Ideia de que as neuroses correspondem a perturbações nervosas associadas	Haynal e Pasini (1984)

			aos diferentes órgãos.		
1811	Rush		Concepção do Homem como um ser uno e indivisível formado em conjunto por corpo e alma.	Lipovsky (1986)	
1818	Heinroth		Utilizou pela primeira vez o termo "Psicossomática".	Lipovsky (1986); Luban-Plozza et al (1992)	
1824	Groos		Apresentou a noção de que a causa primeira das mais diversas doenças, reside no efeito das "paixões" no corpo.	Luban-Plozza et al (1992)	
1801-1867	Trousseau		Afirmou a origem psicológica de doenças como o hipertiroidismo e as diarreias.	Haynal e Pasini (1984)	
1789- 1869	Carus		Ideia de que são os processos inconscientes que estão por detrás de todos os processos fisiológicos.	Wittkower (1977)	
1868/1869	Gray		Afirma que a influência recíproca entre o corpo e a mente é bem visível para qualquer médico.	Lipovsky (1986)	
1872	Tulke		Publicou uma compilação de relatos clínicos ilustrativos da influência dos factores psicológicos, nas funções corporais.	Lipovsky (1986)	
1876	Maudsley		Noção de que é necessária a descarga emocional para que não exista um desequilíbrio funcional ao nível dos órgãos internos.	Luban-Plozza et al (1992)	
1885	Freud		Formação de muitos dos conceitos-base da Psicossomática. Aplicou o raciocínio científico ao estudo da personalidade e através das suas teorias, estabeleceu os princípios dinâmicos fundamentais da causalidade psicológica.	Namora (1977), Wittkower (1977), Musaph (1977), Akoun (1979) Taylor (1990) e Lipsitt (1999)	
1893	Osler		Noção de que existe uma interdependência entre a mente e o corpo em que ambos se influenciam mutuamente.	Lipovsky (1986)	
1894	Hughes		Ideia de que o doente deve ser tratado como um todo e não como apenas uma parte ou órgão.	Lipovsky (1986)	
1894	Somer		Introduziu pela primeira vez o termo "Psicogénico", que se viria a aplicar aos distúrbios corporais, nos quais se pensava serem os factores psicológicos a principal causa.	Lipovsky (1986)	
1899	Pavlov		Através das suas experiências de condicionamento clássico, elaborou uma tipologia para explicar as diferentes reacções dos cães ao condicionamento, em função da rapidez de resposta do seu sistema nervoso ao condicionamento (excitável, inibido e central). Afirmou que os diferentes tipos de carácter canino correspondiam a diferentes níveis de actividade cortical e que a tipologia proposta para os cães se aproximava dos tipos caracteriológicos propostos por Hipócrates e que portanto poderia ser extrapolada para o Homem.	Dunbar (1976); Namora (1977); Christie (1981); Lipovsky (1986); Gauquelin(1984) Luban-Plozza et al (1992)	

1907	Adler	Publica a obra: <i>A compensação física do Estado de Inferioridade dos Orgãos</i> , e divulga o conceito de inferioridade orgânica.	Schaffer (1979); Gauquelin(1984); Luban-Plozza et al (1992)
1915	Meyer	Desenvolveu a Psicobiologia.	Dunbar(1976), Lipsitt (1999)
1915	Cannon	Noção de que o ser humano, encontra-se constantemente num estado de alerta para situações que se possam vir a tornar de emergência.	Dunbar (1976) ; Cauchard (1977); Christie (1981) Lipovsky (1986); Luban-Plozza et al (1992)
1922	Deutsch	Foi o primeiro autor conhecido a utilizar o termo “Medicina Psicossomática”. Ideia de que o fenómeno da conversão não se restringe apenas ás neuroses, mas tem aplicabilidade também nas doenças somáticas.	Banhson (1970); Lipovsky (1986); Luban-Plozza et al (1992)
1923	Groddeck	Noção de que todas as doenças serviriam o propósito de representar simbolicamente um determinado conflito interno para provocarem: ou a sua resolução, ou o seu recalçamento, ou ainda para evitar que o conflito se tornasse consciente.	Dunbar(1976); Lipovsky (1986); Luban-Plozza(1992)
1924	Ferencezi	Ideia de que o Inconsciente utiliza os sintomas orgânicos e neuróticos para proteger o material que está reprimido.	Dunbar (1976) e Lolas e von Rad (1989)
1929	Muhl	Ideia de que a vida emocional afecta a saúde física através de uma estimulação continuada do sistema nervoso e da estagnação da energia vital para a manutenção da saúde física.	Dunbar (1976) e Wittkower (1977)
1897- 1957	Reich	Defende que é no bloqueio da energia sexual que está na origem de muitas doenças e que é através do orgasmo satisfatório que se pode desbloquear essa energia.	Mousseau (1979)
Anos 30	Von Bertalanffy	Criou a Teoria do Sistema Geral, que tinha como principio a noção de que para compreender um organismo é necessário integrar todas as suas partes.	Chambel e Currel (1995)
1931	Wittkower	Apresenta a sua tese: <i>The Influence of Emotions on Bodily Functions</i> . Em Inglaterra estimula o interesse pela Psicossomática nos círculos académicos.	Wittkower (1977)
1935	Dunbar	Publicação do livro <i>:Emotions and Bodily Changes</i> . Noção de que existem perfis de personalidade que estão na base e caracterizam os diferentes tipos de doença psicossomática.	Dunbar (1976); Lipovsky (1986); Luban-Plozza et al (1992)
1939		É publicado o primeiro número da revista: <i>Psychosomatic Medicine</i>	Dunbar (1976); Lipovsky (1986)
1942		É fundada a Sociedade Americana de Psicossomática	Lipovsky (1986)
1946	Selyve	Descrição da patogenia do stress e do síndrome geral de adaptação ao stress.	Dunbar (1976) ; Luban-Plozza et al (1992)
1948	Ruesh	Conceito de “personalidade infantil” identificado como base para o desenvolvimento de uma doença psicossomática.	Lolas e von Rad (1989)

1948	Halliday	Identificação de factores como o stress económico ou a alteração do sistema de valores, como indicadores de maior propensão para o desenvolvimento de doenças do foro da Psicossomática.	Wittkower (1977)
1949	Cernorouckij	Tendo por base as experiências de Pavlov, demonstraram com sucesso a importância dos mecanismos cortico-viscerais em doenças do âmbito da Psicossomática	Wittkower (1977)
1954	Myasnikov	Fundação do Instituto Psicanalítico de Chicago.	Dunbar (1976); Wittkower (1977)
1963	Bulatov	Difusão da ideia de que subjacente ás perturbações Psicossomáticas estaria um conflito específico. Publicação do livro: <i>Psychosomatic Medicine</i> .	Lipovsky (1986); Alexander (1989) Luban-Plozza et al (1992)
1950	Alexander	Ideia de que as desordens psicossomáticas corresponderiam a respostas biológicas adaptativas a ameaças reais ou simbólicas.	Wittkower (1977); Haynal e Pasini (1984); Luban-Plozza et al (1992)
1957	Wolf	Procedeu a investigações correlacionando a origem, a raça e a cultura dos indivíduos com o desenvolvimento de doenças.	Luban-Plozza et al (1992)
1954	Hinkle	Ideia de que a falha em passar pelo processo de luto após a perda de um objecto significativo desencadearia uma situação na qual o indivíduo ficaria mais propenso a desenvolver uma perturbação psicossomática.	Wittkower (1977)
1958	Engel	Caracterização do "síndrome do paciente difícil" e associação do mesmo aos pacientes que sofrem de doenças somáticas.	Lolas e von Rad (1989)
1958	Greene	Formulação do modelo fenomenológico da Psicossomática.	Bahnson (1970)
1958	Schmale	Faz uma reformulação da teoria proposta por Cannon e diz que doenças como a hipertensão essencial ou as úlceras gástricas poderiam resultar de uma não resolução dos conflitos, que se tornaria crónica provocando uma constante elevação do metabolismo do organismo.	Luban-Plozza(1992)
1958	Schands	Divulgação do conceito de "pensamento operatório" e posterior reformulação deste no de "vida operatória".	Debray (1983), Marty e Debray (1989) Marty (1990) Luban-Plozza(1992), Marty (1993)
1959	Bahnson	Noção de que existem determinadas situações que desencadeiam algumas emoções que teriam a capacidade de agir, alterando a composição química das secreções gástricas.	Luban-Plozza(1992),
1963	von Uexkül	Responsável pela cunhagem do termo "Sociopsicossomática".	
1963	Marty e MÚzan	Tendo por base os trabalhos de Ruesh e de Marty e M Úzan, conceberam o conceito de " Alexitimia", para caracterizar um tipo de funcionamento passível de ser encontrado nos doentes Psicossomáticos.	Lolas e von Rad (1989); Taylor(1990) Luban-Plozza et al (1992);
1966	Schafer	Propõe um modelo para a compreensão do impacto da estimulação proveniente do meio social, para explicar a forma como o meio pode afectar	Wittkower (1977)
1973	Nemiah e Sifneos		
1973	Lipovsky		

1977	Sami-Ali	adversamente o organismo e a sua saúde física . Conceito de doença Psicossomática como entidade relacional , tendo na sua base uma situação de depressão <i>a priori</i> .	Sami- Ali (1990), Sami-Ali (1992) e Sami-Ali (1997)
1984	Gunther	Procedeu à adaptação da noção de relação sistémica no contexto das doenças somáticas	Luban-Plozza (1992)

O Cancro e a Psicossomática

O Cancro constitui, logo depois das doenças do aparelho circulatório, a segunda principal causa de morte entre a população portuguesa, tendo sido responsável por 19,6% de todos os óbitos ocorridos em 1998 (INE, 1999).

A palavra Cancro, deriva do latim *cancro*, que significa literalmente caranguejo. A doença foi assim denominada porque, no organismo, se expande em muitas direcções como se das patas de um caranguejo se tratasse (Hogan, 1999).

Segundo Ultman e Golomb (1980), uma ideia falsamente veiculada em relação ao termo “Cancro” é a de que a palavra descreve uma única doença. De facto, existem mais de cem formas distintas de cancro, variando na localização dentro do corpo, nas características biológicas, nas manifestações clínicas, no grau de malignidade, no tipo de progressão e no tipo de tratamento mais adequado, entre outros (Ultman & Golomb, 1980; Clayman, 1992 e Hogan, 1999).

O que permite aglomerar estados físicos tão diferentes dentro de uma mesma terminologia, é o facto de todas estas doenças serem iniciadas e mantidas, por células que se tornaram “anormais” e que apresentam uma divisão incontrolada (Clayman, 1992).

De acordo com Escande (2000), a explicação mais correntemente aceite, para o mecanismo que desencadeia o processo de doença oncológica é a de que os tumores cancerígenos se constituem a partir de uma célula originariamente “normal” que, num dado momento, devido a múltiplas influências, se transforma tornando-se maligna. Quando isto sucede, possivelmente devido a uma perturbação nos genes reguladores do processo mitótico, a célula multiplica-se indefinidamente constituindo a massa celular

que é o tumor maligno ou cancro (Hogan, 1999 e Escande, 2000). Este tumor apresenta características ofensivas para o organismo humano, quer localmente onde se desenvolve a massa tumoral quer à distância, através da disseminação das células malignas do tumor para outros locais do organismo (metástases) (Escande, 2000).

Uma das características únicas das células dos tumores malignos, constatável na observação microscópica, é a perda de semelhança com as células do tecido original (anaplasia) e o desaparecimento das anteriores funções especializadas da célula normal. Quanto mais elevado o grau de anaplasia, maior malignidade e mais reservado o prognóstico do cancro (Hogan,1999).

Segundo Escande (2000), devido a esta visão de como se inicia e propaga o cancro, as formas de tratamento passam sobretudo pela redução e eliminação física da massa tumoral (quimioterapia, radioterapia e cirurgia) e pelo controlo das células malignas em circulação (quimioterapia, radioterapia e exames complementares de diagnóstico).

Os principais factores identificados por Clayman (1992) e por Hogan (1999) como podendo contribuir para o desencadear e manutenção do crescimento celular “anormal” presente no cancro são:

- 1) os **factores genéticos** ou seja a predisposição hereditária do indivíduo para vir a desenvolver cancro,
- 2) os **factores hormonais** ou seja a presença ou ausência de hormonas susceptíveis de estimular o desenvolvimento neoplásico,
- 3) a existência de **lesões pré-malignas**, ou seja de lesões ou tumores benignos que tenham uma tendência para a alteração maligna (por exemplo: pólipos

do cólon e do recto, a queratose senil e o xeroderma pigmentoso, entre outras),

- 4) a **irritação crónica** de determinadas partes ou tecidos do corpo, por contacto regular e prolongado com elementos agressivos (por exemplo: alcatrão, raios solares UVA e UVB, poeira, roupa apertada, placas dentárias, tabaco, bebidas alcoólicas, líquidos demasiado quentes ou excessivamente frios, laxantes, entre outros),
- 5) **factores imunológicos**, ou seja desvios funcionais nos mecanismos imunológicos normais que alteraram a sua capacidade para eliminar as células malignas,
- 6) **medicamentos** que contribuam para o desequilíbrio celular (tais como: os imunossuppressores, os estrogénios, os contraceptivos orais, os esteróides anabolizantes androgénicos ou os analgésicos à base de fenacetina),
- 7) **factores ambientais** tais como as radiações ionizantes e poluentes químicos,
- 8) **factores relativos aos cuidados de saúde e nutrição**, ou seja, relativos à higiene sexual, ao consumo de tabaco ou álcool, ao cuidado com o consumo excessivo de gorduras, açúcares, alimentos grelhados, fumados ou salgados, aditivos alimentares e café, entre outros,
- 9) **factores relativos às infecções virais** que podem estar associadas ao aparecimento de alguns tipos de cancro, nomeadamente as provocadas pelos: vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus do papiloma, vírus Epstein Barr, vírus da hepatite B, vírus linfotrópico da célula humana-T (HTLV-I) e o vírus do herpes zoster (HV-2),

10) **factores psicossociais**, tais como a perda de alguém significativo, determinados aspectos da personalidade, a depressão, o *stress* ou o grau de apoio social .

Ao longo deste trabalho interessar-nos-á sobretudo o contributo dos factores psicossociais para o desenvolvimento e manutenção do cancro, uma vez que é apenas nesta valência que podemos enquadrar os estudos no âmbito da psicossomática. Passaremos de seguida à exploração dos seus diversos aspectos.

A Influência dos Factores Psicossociais no Cancro:

O estudo da influência de factores psicológicos, sociais e comportamentais no desencadear de uma doença oncológica e no período de sobrevivência à mesma, tem desde há séculos sensibilizado e movido investigadores de todo o mundo (Holland, 1990).

Retrospectivamente, Galeno surge talvez como o primeiro médico a ter em conta o papel dos factores psicológicos no desencadear de um cancro, ao propor que as mulheres melancólicas, ou seja as mais deprimidas, desenvolveriam com mais frequência cancro de mama do que as mulheres sanguíneas, ou seja as mais alegres e bem dispostas (Walker et al, 1995 e Haynal & Pasini, 1997). De forma semelhante surgiram, no período compreendido entre os séculos dezassete e dezanove, variados estudos acerca do efeito da depressão, melancolia, tristeza e angústia, no desenvolvimento de um cancro.

Segundo Holland (1990), apesar do interesse despertado por esta área ao longo dos tempos, o diagnóstico inequívoco, bem como o tratamento do cancro era ainda

muito difícil, até ao início do século XIX. A prática cirúrgica de remoção das massas tumorais só se tornou comum a partir de 1847, depois da introdução da anestesia geral, o controlo da dor e dos restantes sintomas era ainda escasso, pouco se conhecia acerca das causas do cancro e a morte sobrevinha frequente e rapidamente, gerando um espectro de fatalidade em torno da doença (Holland, 1990).

Na transição para o século XX, o diagnóstico do cancro, a par do da tuberculose, constituía uma sentença de morte e conduzia à estigmatização do indivíduo (Holland, 1990). O sentimento de repulsa suscitado pelo cancro, deveu-se sobretudo à semelhança apresentada entre algumas das lesões visíveis provocadas pela doença e as lesões provocadas pela sífilis, o que conduzia à errónea conclusão de que se trataria de uma doença de transmissão sexual ou contagiosa (Holland, 1990). A acrescentar a este aspecto, o facto do paciente sofrer dores persistentes, de assistir a uma degradação da sua auto-imagem e apresentar disfunções sexuais, contribuiu de uma forma muito importante, para aumentar o sentimento de medo perante a doença (Holland, 1990).

Durante as duas primeiras décadas do século XX, com o prolongar dos sucessos cirúrgicos na remoção dos tumores e com o início da terapia por radiação (radioterapia), principiou o declínio da atitude fatalista em relação ao cancro (Holland, 1990). Desde então, e até à década de cinquenta, a descoberta e aplicação da quimioterapia (desenvolvida a partir da mostarda de nitrogénio criada na Segunda Grande Guerra Mundial), aumentou claramente a qualidade e tempo de vida dos pacientes (Holland, 1990).

Nas décadas que se seguiram assistiu-se à implementação de terapias conjugando cirurgia, radioterapia e quimioterapia, ao aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico precoce e das substâncias utilizadas em quimioterapia, com consequente diminuição dos efeitos secundários das últimas, bem como a uma evolução nos meios

de controlo da dor e de outros sintomas incómodos, resultantes quer da doença quer dos tratamentos (tais como: náuseas, mal estar gástrico, perda de apetite, astenia, entre outros) (Holland,1990).

Desta forma, podemos afirmar que, ao longo deste século e à medida que o espectro da morte se atenuou face ao cancro, devido sobretudo aos novos meios de tratamento, reuniram-se uma série de condições e observaram-se importantes mudanças, tanto ao nível da sociedade quanto ao nível da medicina e da psicologia, que tornaram possível a emergência de um interesse, transformado em investigação sistematizada, relativamente aos aspectos psicossociais subjacentes e implicados no cancro (Holland, 1990). O quadro 2, foca alguns desses aspectos.

Quadro 2: Factores que contribuíram para um maior interesse pelos aspectos psicológicos subjacentes ao Cancro (Holland, 1990)

- Mudanças de atitude ao nível da sociedade no sentido de um menor pessimismo em relação ao cancro.
- Aumento da sensibilidade para aspectos tais como: a autonomia do paciente ou a humanização dos cuidados prestados.
- Maior precocidade do diagnóstico do cancro, através de meios mais avançados e tratamentos mais eficazes recorrendo a combinações terapêuticas entre a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia.
- Reconhecimento da influência dos aspectos psicológicos e comportamentais no risco aumentado de cancro, na detecção precoce e na prevenção do mesmo.
- Emergência de consultas de Ligação, com ênfase no apoio psicológico.

A par da Medicina, também na Psicologia vários foram os autores que, ao longo do século XX, propuseram novas formas de olhar para esta doença e salientaram a importância dos aspectos psicológicos na génese e manutenção do cancro.

No início dos anos vinte, foram os estudos de raiz psicanalítica baseados em observações detalhadas de pacientes oncológicos, tais como os desenvolvidos por Evans (1926, cit. por Bahnsen, 1984), que prestaram atenção aos aspectos psicodinâmicos envolvidos no cancro e referiram que rupturas ou perdas de relações afectivas cruciais para o indivíduo, pareciam anteceder frequentemente o aparecimento de uma doença oncológica. Esta primeira abordagem viria a ser retomada, por diversos outros autores, tornando-se numa das abordagens teóricas mais referidas nas investigações, de base psicossomática, em oncologia.

A partir da década de quarenta, o estudo dos factores psicossociais e da sua influência no surgimento e desenvolvimento de uma doença maligna, adquiriu contornos mais definidos. Numa altura em que se fez sentir o impacto de obras como a de Dunbar, propondo a existência de perfis de personalidade para as diferentes doenças, ou a de Alexander, propondo a presença de conflitos específicos precedendo o desenvolvimento de uma doença psicossomática, a investigação no âmbito da oncologia agregou-se inicialmente em torno de duas abordagens distintas, mas não originais (Bahnsen, 1984 e Stoll, 1986). Uma das abordagens, propôs a **perda e a consequente depressão**, como os factores que mais contribuem para o surgimento e desenvolvimento de um cancro; a outra perspectiva afirmava a existência **de um perfil particular de personalidade**, caracterizado por **negação e repressão dos afectos**, bem como por um excesso de conformidade perante as normas, e que predisporia o indivíduo para o cancro. A estas perspectivas, juntou-se mais tarde uma terceira, veiculando a noção de

que existem **padrões de relacionamento familiar** favoráveis ao aparecimento de um cancro (Bahnsen, 1984 e Stoll, 1986).

Posteriormente novos conceitos complementares foram surgindo, procurando desvendar novos níveis de causalidade, implicados na doença oncológica e que contribuíram para o surgimento de diferentes orientações teóricas e correntes de investigação na área da Psicossomática em Oncologia. Desta forma foi proposto que, para o desenvolvimento de uma doença oncológica, seria muito importante o contributo de factores como: o **estilo de vida** (Rowland, 1997) e a **conduta** (Stoll, 1986) em variados níveis (por exemplo: alimentar, sexual, entre outros), o **estilo de enfrentar a doença ou coping** (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992), o **tipo de ambiente** (Cobb, Clark, McGuire & Howe, 1954), o **suporte social** (Cassileth, Lusk, Miller, Brown & Miller, 1985) que rodeia o indivíduo e até mesmo a **vontade de viver** (Rowland, 1997) expressa pelo doente.

Seguidamente procederemos ao desenvolvimento das três principais correntes teóricas envolvidas na investigação, no âmbito da Psicossomática, em Oncologia e pedras basilares do nosso estudo.

Principais Correntes de Investigação Psicossomática em Oncologia

Partindo de diferentes pressupostos e de diferentes formações de base teórica, os vários autores que se debruçaram sobre a doença oncológica, seguindo uma perspectiva psicossomática, produziram leituras distintas desse fenómeno. Estas leituras podem ser agrupadas em correntes de investigação de acordo com as ênfases colocadas pelos diferentes autores.

Identificamos assim as três correntes principais, já referidas, que passaremos a desenvolver com mais pormenor: as que focam as **perdas e a depressão**; as que estudam **a personalidade** e as que estudam os **padrões de relacionamento familiar**, no âmbito da doença oncológica. Ao separar as diferentes investigações desenvolvidas nestas três valências não pretendemos uma diferenciação rígida, uma vez que muitos dos estudos são mistos e poderiam enquadrar-se simultaneamente em várias linhas teóricas, mas apenas uma estruturação que permita uma melhor compreensão dos diferentes contributos.

1) Teorias de Perda e Depressão

Em oncologia foram vários os estudos concebidos, tendo por base a noção de que a vivência de uma perda significativa ou de um estado depressivo, na qual o desamparo e o desespero sejam os sentimentos prevalecentes, elevaria a probabilidade de vir a desenvolver um cancro (Bahnsen, 1970).

Segundo LeShan e Worthington (1956a) alguns dos marcos históricos das teorias da perda e depressão são os estudos de Paget (1820), Nunn (1822) e Snow (1893).

Paget (1820, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a), afirmava ser notória a frequência de casos em que, na sequência de estados de desespero, desânimo e grande ansiedade, surgia um cancro. Segundo este autor, não se poderia duvidar que a depressão nervosa, constituía uma das mais fortes influências no desenvolvimento de uma doença oncológica (Paget, 1820, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a),.

Nunn (1822 cit. p. LeShan & Worthington, 1956a) descreveu o caso de uma mulher com cancro de mama na qual, a determinada altura, se havia verificado uma

diminuição das massas tumorais e uma melhoria acentuada do seu estado geral. Pouco após esta observação, o autor refere o falecimento súbito do marido da paciente, e afirma que durante o processo de luto, as massas tumorais voltaram a aumentar tendo a senhora falecido em muito pouco tempo (Nunn,1822 cit. p. LeShan & Worthington, 1956a).

Nos finais do séc XIX, Herbert Snow aprofundou estes estudos chegando a conclusões que posteriormente viriam a ser replicadas por Evans (1926, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a) e por Greene (1966).

Snow (1893, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a), autor do primeiro estudo estatístico na área da psicossomática em oncologia, contribuiu para divulgar a ideia de que certas vivências emocionais teriam a capacidade de provocar uma perda de vitalidade, enfraquecendo a resistência do indivíduo e predispondo-o ao cancro.

Num estudo, realizado com 250 doentes oncológicos, Snow (1893, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a) propôs a existência de diversas situações geradoras de depressão que eram referidas pelos pacientes como imediatamente antecedentes ao aparecimento clínico do cancro. Desta forma, na amostra total (n= 250) recolhida por Snow: 156 pessoas, referiam haver sofrido situações muito dramáticas (tais como a morte de um parente próximo) anteriores à doença, 32 pessoas referiam ter vivido em condições de privação e de trabalho muito duras, antes do surgimento da doença e 43 indivíduos referiam ter sofrido um acidente com lesões mecânicas, antes da manifestação do cancro. Apenas dezanove, dos 250 pacientes inquiridos, não apresentavam qualquer associação causal entre um determinado evento e o aparecimento da doença oncológica (Snow, 1893, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a).

Uma linha de investigação semelhante foi seguida por Elida Evans (1926, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a), num estudo realizado com 100 pacientes oncológicos. Neste estudo, constatou que os indivíduos, anteriormente ao aparecimento da doença, haviam sofrido o rompimento de uma relação emocional importante e que isso os havia deixado mais fragilizados e propensos ao desenvolvimento da doença oncológica (Evans, 1926, cit. p. LeShan & Worthington, 1956a).

Cerca de duas décadas mais tarde, surgiu intensa investigação nesta área, da qual faremos seguidamente uma breve revisão.

LeShan e Worthington (1956b), avaliaram 250 pacientes oncológicos, recorrendo a um instrumento projectivo, construído sob a forma de um questionário acerca da história de vida pessoal (*Worthington Personal History*), bem como a uma entrevista clínica.

A partir dos dados obtidos neste estudo e através de uma comparação com um grupo de controlo normal, LeShan e Worthington (1956b: 460) afirmaram: “*Os testes projectivos e as entrevistas clínicas obtidos dos pacientes com neoplasias malignas pareceram, para os autores, indicar (a presença de) um padrão de história de vida consistente*”.

Da análise comparada entre os grupos, quatro aspectos pareceram característicos do grupo oncológico e não do grupo de controlo normal (LeShan & Worthington, 1956b). Os aspectos mais visíveis nos indivíduos oncológicos eram:

- 1) a perda de uma relação muito relevante para o indivíduo, antecedendo o aparecimento dos primeiros sinais clínicos observáveis do tumor, e uma falha em encontrar uma substituição satisfatória dessa relação,

2) um bloqueio da capacidade para expressar sentimentos de hostilidade, apresentando o indivíduo uma “máscara” social de bondade e gentileza.

3) uma baixa auto-estima e falta de auto-confiança, observando-se a tendência para serem pessoas que não se aprovam em nada do que fazem e que têm muita dificuldade em reconhecer valor em si próprias,

4) tensão no que respeita a relação com um ou com ambos os pais, desde a infância, existindo associados sentimentos de culpa e ansiedade, sobretudo quando um dos pais faleceu durante a infância.

Seguindo esta mesma linha, LeShan e Reznikoff (1960), sugeriram a existência de um trauma precoce, normalmente associado a uma perda ou separação de um familiar próximo que, conjuntamente com outros factores, contribuiria para o desencadear de um cancro.

Outro autor com grande relevância para esta abordagem teórica foi Greene. Este autor, em 1966, realizou uma série de estudos com homens e mulheres, padecendo de leucemia ou de linfoma. Nestas investigações procurou averiguar a quantidade e o tipo específico de perdas que os indivíduos haviam sofrido até ao momento. Para tal, considerou diversas categorias de perdas e separações para os indivíduos: 1) Morte da Mãe, 2) Ameaça de morte ou de separação da Mãe, 3) Morte do Pai, 4) Ameaça de morte ou de separação do Pai, 5) Morte do Cônjuge, 6) Ameaça de morte ou de separação do Cônjuge, 7) Morte de outro Adulto significativo, 8) Morte ou separação de um Filho, 9) Morte ou separação de uma Filha, 10) Morte ou separação de uma outra criança, 11) Falta de uma criança (ausência de filhos), 12) Incapacidade para ter filhos, 13) Perda ou mudança de uma casa, 14) Incapacidade física, 15) Perda de emprego, 16) Ameaça de perder o emprego, 17) Reforma, 18) Ameaça de Reforma e, apenas nas mulheres a 19) Menopausa (Greene, 1966).

Das investigações que apresenta, no seu artigo de 1966, onde inclui mais de 100 sujeitos, Greene afirma ser possível concluir que o aparecimento clínico de uma leucemia ou de um linfoma, ocorre em épocas durante as quais os indivíduos se encontram igualmente a enfrentar várias situações de perda ou separação, com compreensíveis sentimentos de tristeza, revolta ou desespero associados. Segundo este autor, o que vai contribuir para o aparecimento deste tipo de doenças oncológicas, é sobretudo o esgotamento dos recursos psicológicos, provocado pelas reacções às perdas vividas (Greene, 1966).

Num outro estudo desenvolvido por Greene e Swisher (1969), foi realizado o seguimento de pares de gémeos homozigóticos, entre os 15 e os 19 anos, nos quais apenas um dos dois desenvolveu leucemia. Nesta investigação, os autores procuraram averiguar as situações de perda e os acontecimentos stressantes, vividos por cada indivíduo do par de gémeos, desde o nascimento de ambos até à morte de um deles com leucemia (Greene & Swisher, 1969).

O estudo sugere que o gémeo adolescente que desenvolve leucemia, experimenta até ao momento do aparecimento da doença um maior número de situações de perda e acontecimentos stressantes, do que o irmão que permanece saudável (Greene & Swisher, 1969).

Bahnson (1984), refere outros autores que exploraram profundamente a influência das situações de perda e de depressão no desencadear de uma patologia oncológica, nomeadamente Schmale e Iker (1964) e Spence (1979).

O estudo de Schmale e Iker (1964, cit. p. Bahnson, 1984), procurou prever quais, de entre quarenta mulheres que estavam em risco de desenvolver cancro uterino (apresentavam células de tipo III, no teste de Papanicolaou), iriam de facto manifestar a doença. Para tal e antes de terem conhecimento do diagnóstico médico que confirmaria

o desenvolvimento de um cancro uterino, os investigadores recolheram numerosos dados acerca da história de perdas recentes e dos sentimentos de desespero apresentados por cada mulher. Através desta metodologia, Schmale e Iker (1964, cit. p. Bahnson, 1984) conseguiram predizer com um elevado grau de confiança (98%) quais seriam as mulheres que apresentariam um desenvolvimento celular maligno.

Spence (1979, cit. p. Bahnson, 1984) replicou, utilizando técnicas de análise de dados mais avançadas, a investigação de Schmale e Iker (1964, cit. por Bahnson, 1984) e, através da contagem das expressões referentes à depressão e ao desespero, presentes nos discursos, conseguiu predizer com 99% de confiança quais as mulheres que iriam apresentar cancro.

Igualmente tendo por base a hipótese de que a depressão actua como geradora do cancro, Bieliauskas et al (1979, cit. p. Bahnson, 1984), realizou um estudo longitudinal preditivo. Na sua investigação, os autores utilizaram como instrumento de base o MMPI (Minnesota Multifasic Personality Inventory), utilizando especificamente a escala de Depressão, como meio de comparação e diferenciação entre os sujeitos que desenvolviam cancro dos que não desenvolviam (Bieliauskas et al, 1979, cit. p. Bahnson, 1984).

Este estudo teve a duração de 17 anos e envolveu a participação de 2107 sujeitos. Verificou-se que entre todos os indivíduos, 83 haviam, no decurso desses 17 anos, desenvolvido cancro. Nestes últimos, os autores constataram a existência de uma correlação positiva significativa entre a elevação das suas escalas de depressão, obtidas 17 anos antes, e o posterior desenvolvimento de um cancro (Bieliauskas et al, 1979, cit. p. Bahnson, 1984).

Na mesma linha de Bieliauskas et al (1979, cit. p. Bahnson, 1984), Persky, Kempthorne- Rawson e Shekelle (1987, cit. p. Justo, 1994), realizaram um estudo

retrospectivo no qual procederam à análise de 2018 perfis do M.M.P.I, de trabalhadores de uma empresa de electricidade, obtidos 17 a 20 anos antes. Tendo procedido à localização do maior número possível destes indivíduos e identificado as causas de morte, dos que já haviam falecido, os autores verificaram que os indivíduos cujo óbito se deveu a um cancro, apresentavam a escala de depressão do M.M.P.I , mais elevada do que os outros indivíduos (Persky et al, 1987, cit. p. Justo, 1994). A elevação da escala de depressão nos indivíduos que vinham a desenvolver cancro, não chegava, no entanto, aos valores considerados patológicos (acima de T 70), pelo que se poderia apontar para e a existência de um funcionamento depressivo nestes sujeitos ao invés de uma depressão patológica (Justo, 1994).

Apesar destes resultados, num estudo longitudinal desenvolvido por Zonderman (1989, cit. p. Jasmin, 1990), compreendendo o seguimento de 8932 mulheres, a quem foi aplicado o M.M.P.I entre 1969 e 1988, não conseguiu encontrar qualquer relação significativa entre a depressão e o posterior aparecimento de cancro.

2) Teorias do Tipo de Personalidade

Segundo Bahnson (1984), as investigações incluídas nesta abordagem teórica são mais complementares do que distintas das desenvolvidas no âmbito das teorias da perda e da depressão, anteriormente descritas.

A principal distinção entre ambas as correntes teóricas reside na atribuição de causalidade, no que respeita serem os factores que mais contribuem para o desencadear e manutenção de uma patologia oncológica (Bahnson, 1970). As teorias de perda e de depressão focam-se em parâmetros tais como a história de vida e o conteúdo dos conflitos vividos (ou seja, em factores externos ao próprio sujeito, que vão desencadear

reações depressivas, passíveis de aumentar a vulnerabilidade para o cancro) (Bahnsen, 1970, 1984). Já as teorias da personalidade propensa ao cancro, também denominadas de teorias da repressão dos afectos (Bahnsen, 1970), procuram os factores que contribuem para a génese de um cancro, no que é intrínseco ao próprio indivíduo (ou seja, procuram as características idiossincráticas que vão determinar os padrões comportamentais do indivíduo e afectar o seu modo de estar e de se relacionar, de tal forma que podem propiciar o aparecimento das alterações orgânicas que conduzem ao cancro) (Bahnsen, 1970 e Andreu, 1998).

O maior interesse por esta última corrente teórica, verificou-se sobretudo a partir dos anos cinquenta, mas os pressupostos em que se baseia têm uma origem bem mais remota (LeShan & Worthington, 1956b).

Pode-se afirmar que a origem das teorias que pressupõem a existência de uma personalidade propensa ao cancro, poderia ter sido a afirmação atribuída a Galeno de que as mulheres melancólicas desenvolveriam cancro com maior frequência do que as mulheres sanguíneas (Namora, 1977). A contribuição Galénica, já anteriormente referida na revisão histórica da psicossomática, influenciou muitos dos investigadores do século dezoito e dezanove, no que diz respeito à investigação psicossomática em oncologia (LeShan & Worthington, 1956b).

Hofman (1915, cit. p. LeShan & Worthington, 1956b) refere que, já em 1802, quando foi fundada a “Sociedade para a Prevenção e Cura do Cancro”, no Reino Unido, com o intuito de compreender a génese e o processo de evolução de um cancro, uma das questões mais importantes levantadas foi: *“Será que existe um temperamento (personalidade) que predispõe ao cancro?”*.

Segundo LeShan e Worthington (1956b), o interesse suscitado em torno desta questão moveu autores como Lever (1839) e Tanchou (1840), a defenderem que o

temperamento ou a personalidade, constituía um factor de grande importância no desenvolvimento dos tumores malignos.

Ao longo dos anos que se seguiram outros estudos como os desenvolvidos por Bacon et al (1952) e Byron Butler (1954), ambos citados por LeShan e Worthington (1956b), procuraram operacionalizar esta variável “temperamento”.

Bacon et al (1952, cit. p. LeShan & Worthington, 1956b) encontraram, através da análise detalhada dos dados de anamneses recolhidos entre quarenta pacientes com neoplasia da mama, seis características principais que permitiam descrever globalmente a personalidade destas pacientes :

- 1) uma estrutura caracterial masoquista,
- 2) inibição da sexualidade,
- 3) inibição do instinto maternal,
- 4) incapacidade para lidar de forma conveniente com a raiva,
- 5) um conflito tendo como base a hostilidade contra a mãe, que é resolvido através da negação e do auto-sarificio e
- 6) atraso na procura de tratamento médico após suspeita de cancro.

Byron Butler (1954, cit. p. LeShan & Worthington, 1956b), por sua vez, apresentou um perfil de personalidade propensa ao cancro, que se caracterizaria por: inibição, repressão da raiva, do ódio e da inveja ou um excesso de autocomiseração.

Igualmente no ano de 1954, Cuttler et al (1954, cit. p. LeShan & Worthington, 1956b), publicaram um estudo estatístico de grande interesse, realizado com recurso a instrumentos como o MMPI, a escala de Wechsler-Bellevue e o Rorschach, para tentar diferenciar os pacientes oncológicos “sobreviventes de longa duração” (long

survivors), dos que sobreviviam menos tempo. Analisando os resultados obtidos, estes autores chegaram à conclusão de que os pacientes cujo tempo de sobrevivência era menor, apresentavam como características: um maior grau de defesa, níveis mais elevados de ansiedade e menor capacidade para reduzir a tensão interna recorrendo à descarga física, do que os pacientes “*sobreviventes de longa duração*” (long survivors) (Cutler et al, 1954, cit. p. LeShan & Worthington, 1956b).

Num outro estudo, desenvolvido por Olle Hagnell (1966), foi feito o seguimento de 2550 pessoas na Suécia, utilizando um método desenvolvido por Sjöbring para classificação da personalidade em quatro factores principais, que apresentavam uma distribuição normal entre a população em geral: 1) factor capacidade, 2) factor estabilidade, 3) factor solidez e 4) factor validade (Hagnell, 1966). Cada um destes factores poderia variar entre valores acima da média (sobre) e valores abaixo da média (sub) (Hagnell, 1966).

No decorrer deste estudo, o autor procedeu à aplicação completa do instrumento em dois momentos distintos separados por um período de dez anos (1947 e 1957), tendo-se verificado que apenas o factor estabilidade permitia realmente diferenciar as respostas do grupo que desenvolvia cancro das do grupo que não desenvolvia. De facto, Hagnell (1966), constatou no seu estudo, que os indivíduos que haviam desenvolvido cancro no intervalo que mediou as duas aplicações do instrumento, especialmente os de sexo feminino, apresentavam com maior frequência do que seria expectável, características correspondentes a uma personalidade subestável (ou seja com valores abaixo da média na característica “estabilidade”) e deprimida, o que corroboraria a tese galénica da personalidade melancólica.

As pessoas consideradas por Hagnell (1966), como apresentando personalidades predominantemente subestáveis, foram descritas como calorosas e sociáveis,

apresentando interesse pelas outras pessoas, industriosas, concretas, interessadas pelos assuntos do dia a dia e, quando deprimidas, propensas à inércia e à inibição.

As teorias com base no tipo de personalidade suscitaram particular interesse sobretudo no início dos anos oitenta, com o surgimento da expressão “personalidade tipo C”. Esta expressão, da autoria de Morris e Greer (1980, cit. p. Andreu, 1998), surgiu com o intuito de denominar, de um modo simples, o padrão de personalidade dos indivíduos propensos a desenvolver um cancro. Segundo estes autores, os indivíduos com uma personalidade “tipo C”, apresentariam geralmente uma resposta emocional de contenção sobretudo perante situações stressantes (Morris e Greer 1980, cit. p. Andreu, 1998).

Segundo Andreu (1998) este conceito viria a ser retomado e refinado por Temoshok ao longo de diversos trabalhos publicados.

Temoshok e Fox (1984, cit. p. Holland, 1990) baseando-se nos conceitos de personalidade “tipo A” e de personalidade “tipo B”, desenvolvidos para as doenças cardiovasculares propuseram as características de personalidade “tipo C”, para o cancro. Os indivíduos “tipo A”, apresentariam características de personalidade opostas às dos indivíduos “tipo C”. Enquanto os indivíduos de Tipo A, eram caracterizados como: externalizadores, com um estilo de resolução de problemas recorrendo à hostilidade e à competição, egocêntricos e tensos; os indivíduos de Tipo C, eram descritos como: internalizadores, com um estilo de resolução de problemas através da negação e repressão emocional, abnegados e passivos (Redd & Jacobsen, 1988; Holland, 1990 e Andreu, 1998).

Temoshok (1987) caracterizou os indivíduos com uma personalidade de “tipo C” como sendo: cooperantes, pouco assertivos, pacientes, com tendência a não expressar

emoções negativas e a ser submissos à autoridade (Redd & Jacobsen, 1988 e Andreu, 1998).

Para Temoshok (1987, cit. p. Andreu, 1998) este estilo de comportamento teria a sua origem em padrões de relacionamento familiar que gerariam no indivíduo a crença de que não deve expressar as suas próprias necessidades, sentimentos e medos. Este comportamento aprendido, faria com que o indivíduo anulasse as suas próprias necessidades em favor das dos outros e estender-se-ia também à supressão consciente dos seus próprios sintomas físicos de dor e fadiga, e dos psicológicos como a dor, a tristeza, o medo ou a ira . Esta estratégia de repressão emocional iria gerar no indivíduo uma insatisfação crónica e um aumento de tensão interna (Andreu, 1998).

Através dos seus testes de personalidade, Eysenck (1985, cit. p. Andreu, 1998), descreveu as pessoas com personalidade “tipo C”, como: apresentando uma elevada extroversão, uma elevada estabilidade emocional, com baixos valores de neuroticismo e psicoticismo. Estes dois últimos aspectos estariam, segundo o autor, associados à expressão de hostilidade e ira, pouco presente nos indivíduos oncológicos (Eysenck, 1985, cit. p. Andreu, 1998).

De uma forma semelhante, Contrada et al (1990, cit. p. Andreu, 1998), caracterizou o tipo de personalidade “C” como associado a dificuldades específicas tais como: 1) evitamento de situações que apresentem uma carga afectiva negativa, 2) dificuldade em expressar as suas emoções a outras pessoas, 3) aversão a envolver-se em situações nas quais existe conflito e 4) um menor processamento e menor recordação de episódios afectivos negativos.

Para estes autores, este estilo de evitamento emocional faria com que os indivíduos dessem menos atenção aos sintomas do cancro e que por isso demorassem

mais tempo a procurar apoio médico, agudizando assim a sua situação (Contrada et al, 1990, cit. p. Andreu, 1998).

Embora não optando pela denominação de personalidade “tipo C”, também para Sami-Ali (1992), o cancro encontra terreno propício ao seu desenvolvimento, em indivíduos com determinadas características de personalidade. Estas características correspondem a uma excessiva conformidade com as normas sociais de comportamento, com o objectivo de evitar todo e qualquer conflito com os outros (Sami-Ali, 1992). Desta forma nos indivíduos, que vêm a desenvolver uma doença oncológica, existiria um esforço para nunca divergir, para comportar-se sempre de forma a obter a aprovação de todos e assim ser aceite. O indivíduo apresentaria igualmente, uma dificuldade em ter uma personalidade própria e em afirmar a sua vontade dizendo “não”.

No sentido de caracterizar o que sucede no funcionamento destes indivíduos, (Sami-Ali, 1992: 25) afirma o seguinte: “ *À força de ser conforme, o indivíduo desaparece no seu funcionamento, ele torna-se o exterior que está nele, que é ele e que o autoriza a ser*”. Portanto, ao evitar o conflito, o indivíduo prescinde de si próprio transformando-se no outro e gerando um padrão relacional vazio.

Quanto ao funcionamento personalístico de base oncológica o autor afirma existir: “ *um funcionamento caracterial rígido, marcado pelo recalçamento conseguido do imaginário e também por uma depressão caracterial difusa*” (Sami-Ali , 1992: 37).

Apesar de múltiplas investigações no âmbito das teorias de uma personalidade de “tipo C”, para alguns autores como Basil Stoll (1986), a personalidade só pode ser relacionada com o desencadear de um cancro em situações muito restritas. Uma das situações nas quais a personalidade serviria de factor predisponente ao cancro, seria no caso dos indivíduos que fumam ou bebem excessivamente, tendo este comportamento repercussões directas no organismo. Outra das situações estaria relacionada com a

forma pela qual determinadas personalidades reagiriam ao stress, provocando no organismo alterações a nível hormonal (cortisol) o que, poderia estar relacionado com o aparecimento de um cancro (Stoll, 1986).

3) Teorias acerca do Tipo de Relacionamento ou Padrão Relacional Familiar

Em parte articulados e complementando as teorias da Perda e da Depressão e as do Tipo de Personalidade, encontram-se numa categoria especial, os estudos que pressupõem a existência de padrões relacionais ou de vivências familiares específicas, que estariam na origem ou aumentariam a probabilidade, do aparecimento de um cancro. Entre estes estudos encontram-se os desenvolvidos por Claus Bahne Bahnson.

Segundo este autor, a perda e a separação são experiências vividas por muitas pessoas, mas raramente associadas ao desenvolvimento concomitante de um cancro. Segundo Bahnson (1984: 233): “ *Nos pacientes oncológicos, a perda ou separação traumática, durante a idade adulta torna-se particularmente devastadora, porque tem na sua base um pano de fundo biográfico particular*”.

Bahnson (1970), tentando averiguar a vivência relacional da infância dos pacientes oncológicos, defende que nestes indivíduos, o trauma provocado pelas perdas e separações, que ocorrem durante a vida adulta, reflecte o desespero que foi experimentado durante a infância, devido ao tipo de relação estabelecida com os pais. Desta forma, para Bahnson (1970), os pacientes oncológicos, enquanto crianças, tinham sentido que a relação estabelecida com os seus pais, particularmente com a mãe, era insatisfatória.

Para estes indivíduos tinha-se tornado muito difícil, durante a infância, o estabelecimento de uma relação próxima com os pais, o que dificultava

significativamente a separação natural na adolescência (Bahnson, 1970). Enquanto cresciam, todo o esforço se encontrava concentrado em manter próxima a relação, que era sentida como distante, com os pais. À medida que o indivíduo se torna adulto, esta busca de proximidade relacional vai ser transferida para o parceiro amoroso ou em substituição, para o trabalho (Bahnson, 1984).

Deste modo, o investimento afectivo ou profissional, durante a vida adulta corresponde à continuação da busca do reconhecimento e da proximidade que, sem sucesso, procuraram junto dos pais (Bahnson, 1970). Segundo este autor, quando as relações (afectivas e/ou profissionais) estabelecidas durante a vida adulta por algum motivo se rompem, vão reemergir no indivíduo os sentimentos de desespero e desamparo que experimentaram durante a infância, com uma intensidade devastadora capaz de provocar o esgotamento dos seus recursos psicológicos e emocionais (Bahnson, 1970). Perante uma perda renovada o indivíduo iria isolar-se deixando de se esforçar para manter um contacto próximo com os outros, gerando o terreno propício ao desenvolvimento de um cancro (Bahnson, 1970).

Para objectivar estas conclusões, até então extraídas tendo por base relatos de casos clínicos individuais, com suporte apenas em técnicas projectivas, Bahnson (1970), aplicou o questionário de relações pais-filhos de Roe Siegelman a três grupos: um grupo de doentes oncológicos, um grupo de doentes cardíacos e um grupo de controlo constituído por sujeitos normais. O seu objectivo era avaliar estatisticamente a forma como os indivíduos de cada um dos grupos percepcionavam, retrospectivamente, a relação estabelecida com os seus pais durante a infância (Bahnson, 1970). Concluiu, após análise das respostas, que os pacientes oncológicos avaliavam os seus pais tendo sido mais negligentes, frios e rígidos do que os outros dois grupos em estudo. Especificamente em relação ao pai, os doentes oncológicos referiam frequentemente a

falta de protecção por parte deste, bem como a sua ausência (Bahnson, 1970). Segundo este autor, estes dados permitiram confirmar a hipótese de que as perdas ou separações, ou mesmo a depressão que parece anteceder o aparecimento clínico de uma doença oncológica ou o agravamento da mesma, devem ser entendidas como uma variedade especial de experiência de perda, porque está assente numa história de privação afectiva ocorrida durante a infância, ou seja, muito antes de se poder prever que se irá um dia desenvolver um cancro (Bahnson, 1970, 1994).

Um dos estudos que chegou a conclusões semelhantes às de Bahnson (1970), foi o descrito por Thomas, Duszynski e Schafer (1979, cit. p. Stoll, 1986) resultante de um seguimento longitudinal, durante pelo menos vinte anos, de 1337 estudantes de medicina. Os autores descobriram que os estudantes que posteriormente viriam a manifestar um cancro tinham desde o início do estudo apresentado menor grau de proximidade relacional com os seus pais e emoções mais controladas.

Outro estudo com conclusões idênticas, foi o de Horne e Picard (1979, cit. p. Elliot, 1989) no qual constataram que um dos factores de risco para o desenvolvimento de cancro do pulmão, era a percepção, por parte dos indivíduos, de que a relação com os pais, durante a infância, era afastada.

Em 1982, Bahnson (cit. p. Bahnson, 1994) propôs uma denominação específica para o tipo de padrão relacional existente nas famílias de origem dos pacientes oncológicos, e que estaria na base do sentimento de afastamento reportado pelos indivíduos. Bahnson (1982, cit. p. Bahnson, 1994), denominou este padrão relacional de “*centrífugo*”.

O padrão relacional centrífugo, actuaria no sentido de incentivar o isolamento e a repressão dos afectos, tantas vezes referidos como características da personalidade do doente oncológico (Bahnson, 1984).

Segundo Bahnson (1984), nas famílias com padrão relacional centrífugo, a orientação dos indivíduos é feita apenas no sentido de obterem um completo controle interno, existem regras rígidas e o único tipo de gratificação que o indivíduo aprende a encontrar é a que lhe vem de si próprio (gratificação narcísica) e não a gratificação relacional. Nas famílias centrífugas, não existe qualquer investimento na proximidade, na adaptação ou no sucesso relacionais, pelo que o indivíduo aprende a depender apenas de si próprio (Bahnson, 1996). As expectativas criadas, pela família, em torno do futuro paciente oncológico fizeram com que este aprendesse somente a confiar nos seus próprios recursos e preferisse investir unicamente na sua auto-realização, ao invés de procurar a afiliação social (Bahnson, 1994, 1996).

Desta forma, quando o indivíduo não consegue corresponder à imagem de um ser completamente auto-suficiente, que foi gerada em torno de si, tende a regressar a um padrão infantil, em que o isolamento surge como a única saída (Bahnson, 1984 e 1994). Esta ausência de identificação com a imagem anterior, ocorre sobretudo em momentos de perda e separação, durante os quais os sentimentos de fragilidade, solidão, desespero, angústia e sofrimento depressivo se instalam, sem que o indivíduo consiga resolvê-los sozinho (Bahnson, 1984).

Para Selye (1974 cit. p. Bahnson, 1984), nestes momentos também as células retornariam ao padrão “infantil” característico do organismo unicelular arcaico. Esta última perspectiva parece encontrar algum eco na mais recente linha teórica que procura explicar o cancro como um processo no qual a célula “maligna” seria apenas uma célula que retorna ao seu padrão comportamental de célula embrionária, ou seja, o cancro não é um processo no qual a célula “enlouquece”, mas sim um processo no qual existe uma regressão da célula ao seu padrão inicial durante a formação do bebé, um retomar do padrão inicial de construção do indivíduo (Escande, 2000).

A Diabetes Mellitus Insulino Dependente e a Psicossomática

A Diabetes Mellitus é considerada a mais comum, entre as doenças metabólicas graves, afectando entre 2% a 6 % , de toda a população mundial (Foster, 1980). Entre a população portuguesa a Diabetes Mellitus constitui a sexta principal causa de morte, contribuindo para uma percentagem de 3,2% do total de óbitos ocorridos em 1998 (INE, 1999).

A palavra “Diabetes” deriva do grego e significa literalmente “passar através de”.

Foi Areteo de Capadócia quem pela primeira vez no século II antes de Cristo descreveu a Diabetes da seguinte forma: *“A diabetes é uma doença invulgar e intrigante. Os doentes sofrem de uma sede insaciável mas urinam ainda mais do que bebem. Isto porque a carne e os membros se fundem e desfazem em urina. A emaciação cedo se torna severa e a morte sobrevem rapidamente após uma vida dolorosa e miserável”* (Lisboa, 1997: 19).

A doença foi também definida por Apolónio de Menfis no século II antes de Cristo da seguinte forma : *“doença do corpo como um aqueduto que é percorrido por uma grande quantidade de água que entra pela boca e sai através da urina”* (Lisboa, 1997: 19), referindo-se à constante ingestão de água por parte dos doentes (polidipsia) e à grande quantidade de urina eliminada (poliúria) que ocorrem nesta doença.

O termo específico Mellitus, também deriva do grego *Meli*, que deu origem à palavra portuguesa mel, o que equivaleria a denominar a doença como diabetes “doce”.

Segundo Lisboa (1997), a denominação de diabetes mellitus, surgiu em 1674, pela mão de Thomas Willis quando descobriu acidentalmente que a urina dos diabéticos, para

além de ser excretada de uma forma excessiva também era doce. Segundo relatos da época, Willis ao visitar uma doente diabética, teria reparado num carreiro de formigas que se dirigia para o bacio onde estava a urina da senhora. Estranhando o facto, o médico teria molhado um dedo na urina e provado, tendo constatado que esta era doce (Lisboa, 1997).

A urina dos diabéticos torna-se doce devido à incapacidade do organismo para metabolizar a glicose. Esta, encontrando-se em excesso no sangue, acaba por ser excretada através dos rins na urina, que por sua vez se torna adocicada (Carola, Harley & Noback, 1992).

Recorrendo à terminologia médica actual, a diabetes mellitus pode ser definida como: *“...uma alteração crónica complexa, que se caracteriza por uma anomalia no metabolismo dos hidratos de carbono, das gorduras e das proteínas, e pelo desenvolvimento com o tempo, de complicações microvasculares e macrovasculares, e neuropatias.”* (Cassmeyer, 1999: 1121).

Apesar de podermos definir a Diabetes Mellitus de uma forma única, na realidade esta doença agrega sob uma denominação comum síndromas heterogéneos (Ribeiro, Meneses & Meneses, 1998). Devido à necessidade de gerar denominações que permitissem classificar os diversos tipos de perturbações metabólicas, associadas à glicose, foi proposto em 1979, pelo National Institute of Health, um sistema de classificação que distingue claramente dois tipos de diabetes mellitus. Por um lado existiria a diabetes de Tipo I, dependente de insulina ou DID (Diabetes Insulino Dependente) e por outro a diabetes de Tipo II, sem dependência de Insulina ou DNID (Diabetes Não Insulino-Dependente) (Lisboa & Duarte, 1997 e Cassmeyer, 1999).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) procedeu a uma expansão do sistema de classificação acrescentando à diabetes Tipo I e à diabetes Tipo II, a diabetes

mellitus gravídica ou GDM (Gravidic Diabetes Mellitus) e a diabetes mellitus resultante da má nutrição (Cassmeyer, 1999).

Ao longo deste trabalho optámos por abordar mais aprofundadamente apenas a diabetes mellitus insulino dependente (DID) e a diabetes mellitus não insulino dependente (DNID), por serem as que mais interesse revelam para a presente investigação.

A Diabetes de Tipo I ou DID, engloba cerca de 10% de todos os casos de diabetes mellitus e como o nome indica, torna as pessoas insulino-carentes, ou seja dependentes da ministração de insulina exógena para viver (Ribeiro et al, 1998 e Cassmeyer, 1999). A DID tem também como idiossincrasia o facto de apresentar um conjunto de sintomas iniciais, sobretudo em idades jovens, com incidência máxima nas faixas etárias dos 5/6 anos e dos 11 aos 14 anos de idade (Drash, 1981, cit. p. Wertlieb et al, 1996), podendo surgir desde o primeiro ano de vida e apresentando igual prevalência em ambos os sexos (Ribeiro et al, 1998).

A diabetes Tipo II ou DNID, é responsável por 80% a 90% dos casos de diabetes mellitus, ocorrendo, maioritariamente (aproximadamente em 70% dos casos), quando os indivíduos já ultrapassaram os 55 anos de idade (Ribeiro et al, 1998 e Cassmeyer, 1999).

Este tipo de diabetes, ocorre mais frequentemente nas mulheres e nos grupos sociais mais desfavorecidos, estando sobretudo associada à obesidade, ao sedentarismo e a factores hereditários (Duarte & Caldeira, 1997a e Ribeiro et al, 1998).

Relativamente ao peso da hereditariedade em ambos os tipos de diabetes, verificou-se, através de estudos com gémeos homozigóticos que apenas 35% a 50%, dos pares de gémeos em estudo, apresentavam conjuntamente, diabetes tipo I. No caso dos gémeos para a diabetes tipo II, 90% a 100% dos irmãos manifestava a doença

conjuntamente. Estes dados sugerem uma possível vulnerabilidade genética associada à DID, enquanto que na DNID, a influência genética parece ser o factor mais importante (Duarte, 1997a e Ribeiro et al., 1998).

Na presente investigação o grupo sobre o qual nos focámos, a par do grupo Oncológico foi o da DID do qual passaremos a referir as principais características e antecedentes, relativamente à abordagem psicossomática.

Breve caracterização da Diabetes Insulino Dependente (DID):

Segundo Wertlieb et al (1996), a DID afecta uma em cada oitocentas crianças com idade inferior a dezoito anos, o que a torna num dos mais frequentes distúrbios endócrinos com início na infância. De facto, Pina (1997) constata que nas crianças a diabetes de tipo I, tem uma incidência ligeiramente superior à da neoplasia (cancro) e quatro vezes superior à da fibrose quística, sendo uma das doenças crónicas com maior incidência .

Entre as causas mais apontadas para o desencadear da DID, para além da predisposição genética, encontram-se diversos outros factores, nomeadamente as infecções virais, os tóxicos, os factores alimentares (por ex: exposição precoce ao leite de vaca com consequente reacção imunológica), e o *stress* psicológico (Turk et al., 1983 cit. p. Wertlieb et al, 1996; Pina, 1997 e Duarte, 1997a). No entanto, segundo Duarte (1997a: 64): “ *A evidência para estas hipóteses tem sido obtida a partir de estudos retrospectivos (...), não existindo, no entanto, de momento, uma confirmação em absoluto destas hipóteses permitindo afirmar com segurança que os vírus, o leite ou qualquer outro agente agressor são os responsáveis pelo aparecimento da DID*”.

Na DID, existe geralmente uma ausência de secreção de insulina, provocada pela agressão auto-imune às células beta do pâncreas, sendo a doença declarada quando 80% ou mais da capacidade das células beta foi destruída (Lisboa & Duarte, 1997 e Cassmeyer, 1999).

A indisponibilidade de insulina, vai impedir o organismo de aceder à mais importante fonte de energia da maioria das suas células: a glicose (Wertlieb et al, 1996). Desta forma a glicose fica acumulada no sangue não permitindo que tecidos como por exemplo: o muscular esquelético e o adiposo, entre outros, façam a sua provisão essencial (Wertlieb et al, 1996 e Cassmeyer, 1999). Outro dos processos afectados pela ausência de insulina é o transporte de aminoácidos para o interior das células, o que resulta então em prejuízo da síntese proteica (Cassmeyer, 1990).

O aumento de glicose na circulação sanguínea (hiperglicémia), sem possibilidade de aprovisionamento celular, provoca uma excreção de glicose para a urina. Esta excreção, vai ser mais elevada do que a taxa de absorção de glicose pelo organismo, o que vai provocar um excessivo efeito diurético (diurese osmótica), expresso na micção frequente (poliúria), à sede pronunciada (polidipsia) e à consequente desidratação do organismo (Wertlieb et al, 1996).

Numa pessoa com diabetes tipo I ou DID, as células do organismo ficam “famintas” pela glicose indisponível e a necessidade de energia faz com que mobilizem reservas orgânicas tais como o glicogénio muscular, a gordura e as proteínas para assegurar a sobrevivência. Este processo, conduz ao cansaço e emagrecimento normalmente manifestados, como sintomas iniciais, pelas pessoas afectadas pela DID (Wertlieb et al, 1996).

Na sua forma clássica, a DID é caracterizada pelo surgimento súbito e rápido agravamento de sintomas como a poliúria, a polidipsia, a secura da boca (xerostomia) e a perda de peso, acompanhados de cansaço evidente (Lisboa & Duarte, 1997).

Sendo actualmente a DID um “*estado perpétuo*” (Duarte e Caldeira, 1997b: 156), ou seja uma doença que acompanha o indivíduo ao longo de toda a sua vida sem possibilidade de remissão, torna-se indispensável a mudança de hábitos de vida para permitir a adaptação à nova condição.

Devido ao seu início maioritariamente precoce (sobretudo até aos 14 anos), a DID é uma das doenças crónicas que mais alterações introduz no dia a dia dos indivíduos (Wertlieb et al, 1996 e Ribeiro et al., 1998). Estas alterações referem-se, fundamentalmente, à necessidade de aprender:

- 1) a administrar a si próprio diariamente, duas ou mais vezes, uma determinada quantidade de insulina (Duarte e Caldeira, 1997b),
- 2) a calcular as doses de insulina necessárias através do controle diabético (uma picada no dedo que permite com uma gota de sangue saber a quantidade de glicose circulante e deste modo programar a quantidade de insulina a administrar) (Duarte, 1997b),
- 3) a vigiar a quantidade de corpos cetónicos presentes na urina (um outro meio de aceder à quantidade de glicose não degradada em circulação) (Duarte, 1997b),
- 4) a reconhecer antecipadamente os primeiros sinais de descompensação, nomeadamente a hipoglicémia, prevenindo situações agudas (André, 1997),
- 5) a controlar o horário das refeições, o tipo e quantidade de alimentos consumidos para se adaptar à periodicidade e quantidade de insulina administrada, a evitar o álcool e o tabaco (Caldeira, 1997a),

- 6) a praticar exercício físico adequado (tão essencial quanto a alimentação no controlo da diabetes e prevenção das complicações dela resultantes) (Caldeira e Duarte, 1997) e
- 7) a cuidar da sua higiene dando particular atenção ao cuidado dos pés para evitar as úlceras de difícil controlo (Caldeira, 1997b).

A complexidade dos cuidados requer uma educação intensiva do doente até que se crie uma rotina nos hábitos e pressupõe um acompanhamento perpétuo da parte médica, para verificação e incentivo das rotinas e para actualização e revisão dos conhecimentos médicos acerca da doença (Caldeira , 1997b).

O surgimento da DID, maioritariamente na infância e adolescência, faz com que os pais ou familiares mais próximos tenham de assumir um enorme protagonismo (com ténues fronteiras para a sobreprotecção), na vigilância e manutenção dos hábitos da criança ou jovem diabético, ainda pouco conscientes da necessidade destas rotinas e cuidados (Seabra,1998).

A correcta assimilação dos vários princípios, pode proporcionar ao diabético um controlo eficaz da sua doença crónica, tornando o seu dia a dia quase normal e prevenindo ou adiando consideravelmente as complicações secundárias decorrentes desta doença, que tendem a ocorrer maioritariamente decorridos vinte e cinco anos após o diagnóstico (Mamede de Carvalho, 1997). Estas complicações afectam sobretudo: os olhos (Duarte, Zeller e Lisboa, 1997), os rins (Barbas, 1997), o coração (Parreira, Duarte e Lisboa, 1997), os pés (ulceração) (Mendes Pedro, Fernandes e Fernandes, 1997 (21) e Duarte, 1997(26)), os vasos sanguíneos e o sistema nervoso (Mamede de Carvalho,1997; Pinho e Melo, 1997 e Seabra, 1998).

Estudos no âmbito da Psicossomática e DID:

Segundo Wertlieb et al (1996), o estudo dos aspectos psicológicos da DID teria já suscitado o interesse de Thomas Willis que, no século XVII propôs como causa antecedente da diabetes, a existência de um desgosto prolongado vivido pelo sujeito.

Apesar deste interesse inicial, foi sobretudo a partir da descoberta da insulina e do seu efeito terapêutico nas pessoas, por Banting e Best (1922, cit. p. Duarte, 1997c), que os aspectos psicológicos associados a esta doença, até então rapidamente mortal, começaram a ser abordados com maior intensidade (Wertlieb et al, 1996).

Os primeiros estudos no âmbito da Psicossomática a serem realizados com diabéticos, procuravam encontrar aspectos que permitissem caracterizar uma personalidade específica dos diabéticos (Wertlieb et al, 1996). Desta forma os primeiros estudos descreveram a personalidade do diabético como: acentuadamente passiva e necessitada de afeição (Rosen e Lidz, 1949, cit p. Meissner, 1977), como apresentando forte desejo infantil de ser cuidada, procurando atenção maternal através de comportamentos dependentes e/ou exigentes e com uma grande sensibilidade à frustração das suas necessidades orais (Mirsky, 1948, cit. p. Meissner, 1977 e Alexander, 1950 cit p. Luban-Plozza et al, 1992), bem como, plena de ansiedade e depressão, com ideias paranóides, excessivamente dependente e com uma vivência sexual problemática (Dunbar, 1959, cit. p. Wertlieb et al, 1996)

Ainda no âmbito das teorias da personalidade diabética, Beuler (1975, cit p. Luban-Plozza et al, 1992) descreveu os traços de personalidade que caracterizavam a DID por contraposição com a DNID. As características da personalidade DID seriam então as seguintes:

- 1) Quando sob pressão, os sujeitos tenderiam a distanciar-se dos problemas e a negá-los.
- 2) Os conflitos e as necessidades não-orais são compensados através da comida. Desta forma desenvolve-se um excessivo apetite e obesidade, que conduzem à exaustão das células pancreáticas, devido à constante hiperglicémia.
- 3) Como consequência da identificação da comida com o amor, a ausência percebida de afecto, vai provocar no indivíduo uma experiência emocional de fome, que dá origem, independentemente da quantidade de comida consumida, ao circuito metabólico de fome apresentado pelos diabéticos.
- 4) Existe um medo e insegurança permanentes, que geram no indivíduo conflitos reactivos internos acompanhados por hiperglicémia. A não resolução destes conflitos, característica deste tipo de personalidade, conduziria a uma hiperglicémia crónica da qual poderia resultar o desenvolvimento de DID.

Um outro avanço importante, foi o que permitiu estudar os aspectos psicológicos não só do indivíduo mas também da sua família, uma vez que, no caso específico da DID com surgimento na infância ou juventude, toda a família próxima acaba por ser responsável pelas tarefas associadas ao controlo da doença e ao assegurar do bem estar da criança ou jovem, devido à ainda imaturidade cognitiva dos mesmos (Ribeiro et al, 1998).

Esta abordagem familiar ou sistémica foi incentivada pelo terapeuta familiar Minuchin (1978), que descreveu as famílias dos pacientes diabéticos como apresentando: grande proximidade entre os seus membros, sobreprotecção dos indivíduos, rigidez, ausência de resolução de conflitos e fraco controlo diabético.

Várias críticas foram tecidas em torno das teorias do tipo de personalidade, sobretudo as que apontavam a dependência entre os traços que predisporiam à doença. Segundo

Johnson (1990, cit. p. Wertlieb et al, 1996), a dependência seria um traço adquirido devido à necessidade de, durante a infância e a adolescência dos indivíduos, existir um adulto a monitorizar todas as numerosas rotinas. Na infância essa necessidade dever-se-ia a uma falta de maturidade cognitiva para assimilar todos os procedimentos essenciais à sobrevivência. Na adolescência o controlo parental tornar-se-ia necessário devido à falta de motivação característica desta faixa etária, para levar a cabo todos os procedimentos necessários ao controlo eficaz da diabetes (Johnson, 1990 cit. Wertlieb et al, 1996). Desta forma uma das sequelas da proximidade e controlo por parte dos pais, iria ser a excessiva dependência psicológica dos indivíduos por um lado e a sobreprotecção parental por outro (Johnson, 1990, cit. p. Wertlieb et al, 1996).

Para além das teorias do tipo de personalidade e do tipo de padrão familiar, também se desenvolveram investigações relativas ao *stress* vivido pelos indivíduos como desencadador de DID. Segundo, Wertlieb et al (1996), alguns dos estudos referiam-se à averiguação da existência de eventos stressantes de vida ocorridos antes do início clínico da doença. Leaverton et al (1980, cit. p. Wertlieb et al, 1996) identificou uma incidência, significativamente mais elevada de perdas parentais (quer devido à morte, à separação ou ao divórcio), em jovens que viriam mais tarde a desenvolver DID, do que no grupo de controlo da mesma faixa etária.

Ainda no âmbito da Psicossomática foi enfatizado o conceito de mecanismos de “*coping*”, para se referir às características que permitem aos indivíduos adaptarem-se melhor ou pior à sua diabetes de tipo I (Wertlieb et al, 1996).

O Impacto Psicológico da Doença Crónica

Actualmente, as doenças crónicas, como o cancro ou a diabetes mellitus, constituem um dos principais focos de atenção e de gastos, para os sistemas de saúde da maioria dos países, devido à sua prevalência entre a população (Taylor & Aspinwall, 1996).

Em Portugal as doenças crónicas foram ao longo de 1998, responsáveis por 66,7% da mortalidade total (INE, 1999), sendo as doenças do aparelho circulatório, o cancro e a diabetes mellitus, as mais quantitativamente significativas, segundo a mesma fonte.

O aumento da percentagem de doenças crónicas, neste século, deveu-se sobretudo aos intensos avanços da medicina (Taylor & Aspinwall, 1996). Esta evolução, permitiu controlar o surgimento e gravidade dos sintomas de doenças infecciosas (como por exemplo: a gripe, a tuberculose ou a poliomielite), que até ao virar do século se encontravam entre as principais causas de morte. Permitiu simultaneamente, prolongar a vida a pessoas afectadas por doenças consideradas, até então, sentenças de morte iminente (como por exemplo: o cancro, a diabetes, as doenças coronárias, as artrites ou a asma), transformando-as em doenças crónicas (Taylor & Aspinwall, 1996).

Apesar das importantes conquistas da ciência médica ao longo do século XX, as doenças crónicas permanecem uma importante fonte de sofrimento para os doentes, devido às alterações significativas que introduzem na vida dos mesmos.

Segundo Strauss et al (1984, cit.p. Phipps, 1999), as principais alterações decorrentes de uma doença crónica passam pela necessidade que o doente tem de: 1) evitar e dominar as crises médicas ou exacerbações da doença, 2) controlar os sintomas (como a dor ou o desconforto), 3) seguir os regimes prescritos, 4) manter interacções normais com os outros, 5) ajustar-se aos padrões recorrentes da doença e 6) fazer face às despesas associadas aos tratamentos.

A doença crónica, a par dos ajustamentos e da aprendizagem de novos comportamentos, conduz igualmente a diversas alterações emocionais, que provocam sequelas psicológicas (Taylor e Aspinwall, 1996).

As sequelas psicológicas de uma doença crónica resultam em parte dos ajustamentos necessários à doença, mas igualmente da antecipação que o indivíduo faz da própria morte (Tross & Holland, 1990). Mesmo quando se consegue um bom controle da doença, não é incomum o aparecimento do “síndrome de Damocles” (Koocher & O’Malley, 1981, cit. p. Tross & Holland, 1990). Este síndrome caracteriza-se por elevada ansiedade, depressão, alteração negativa da auto-imagem corporal, medo continuado de recorrência dos sintomas e uma crença de que se vai viver pouco tempo (Koocher & O’Malley, 1981, cit. p. Tross & Holland, 1990), associada a uma angústia antecipatória muito semelhante à vivida pelas famílias dos pacientes com doenças prolongadas em fase terminal (Futterman & Hoffman, 1973, cit. p. Tross & Holland, 1990).

De todos estes sintomas os que figuram como mais significativos são a ansiedade e a depressão (Burish et al, 1983, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996).

A **Ansiedade** é uma das manifestações mais comuns associadas ao processo de doença crónica e quanto mais elevado o seu grau, maior a probabilidade de surgirem alterações prejudiciais nos níveis de ajustamento físico e psicológico do indivíduo doente (Taylor & Aspinwall, 1996).

Embora a ansiedade presente nos doentes crónicos, possa ser considerada um correlato da ansiedade pré-mórbida do indivíduo (antes do diagnóstico clínico da doença), esta pode igualmente derivar das circunstâncias vividas quando se sofre de uma doença prolongada. Para Welch-McCaffrey (1985, cit. p., Taylor & Aspinwall, 1996) existem ao longo do processo de doença crónica momentos e vivências particulares que

constituem *per se* importantes fontes de ansiedade, tais como: 1) o momento do diagnóstico, 2) o ter periodicamente de realizar exames e esperar pelos resultados dos mesmos, 3) o ter de realizar tratamentos invasivos, 4) os sintomas da doença e os efeitos secundários dos tratamentos, 5) as alterações no estilo de vida necessárias ao bom controlo da doença, 6) a dependência real dos profissionais de saúde, e 7) o medo de recorrência e agravamento dos sintomas.

Segundo Thompson et al (1987, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996), após o surgimento de uma doença crónica, e mesmo nos momentos de reabilitação, crescem nos indivíduos, entre outros, múltiplos receios tais como os de que voltem a surgir complicações de saúde, de que não sejam capazes de se reajustar à vida profissional, de que seja mais difícil manter relações sociais e afectivas gratificantes com os que os rodeiam ou de que a vida sexual se torne insatisfatória.

Estes receios vão consolidar a ansiedade sentida pelo doente, prolongando-a muito para além dos períodos críticos de surgimento ou agravamento de sintomas (Thompson et al, 1987, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996).

A **Depressão** é outra das reacções psicológicas mais frequentemente associadas ao processo de doença crónica e igualmente com repercussões negativas nos níveis de ajustamento físico e psicológico do indivíduo (Taylor & Aspinwall, 1996).

A probabilidade de um indivíduo vir a apresentar depressão parece ser directamente proporcional à gravidade da doença crónica (Taylor & Aspinwall, 1996). Embora não existam dados consistentes acerca de fases específicas da doença, nas quais a depressão se encontre mais elevada, alguns estudos apresentam resultados que apontam para um aumento dos sintomas depressivos logo após o diagnóstico da doença (Cassileth et al,

1984 e 1985, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996). Outros factores que podem contribuir para o surgimento e/ou manutenção da depressão nos doentes crónicos são os eventos vividos pelo sujeito antes e durante a doença, o *stress* social e a falta de suporte socio-económico (Bukberg et al, 1984, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996).

Para Silver e Wortman (1980, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996), a depressão traduz um estágio característico da adaptação à doença crónica e será preocupante, apenas se se prolongar no tempo. No entanto, outros autores afirmam que valores mais pronunciados de depressão, têm um impacto negativo no processo de reabilitação e recuperação dos doentes crónicos (Primeau, 1988, cit. p. Taylor & Aspinwall, 1996).

Taylor e Aspinwall (1996) apresentam diversos estudos desenvolvidos tendo por base esta última perspectiva, demonstrativos de que: períodos mais longos de internamento, menor motivação para a reabilitação e manutenção do estado de saúde, maiores dificuldades em restaurar o nível de qualidade de vida anterior à doença, regressos mais tardios à vida profissional e ideação ou tentativas suicidas, são aspectos frequentemente relacionados com níveis mais elevados de depressão, presentes nos doentes crónicos.

Para além da ansiedade e da depressão, referidos no síndrome de Damocles, outros sintomas referidos pelos doentes crónicos são: sentimento de maior vulnerabilidade, diminuição da sensação de controlo da sua própria vida, diminuição da motivação, receio da rejeição social, sentimento de inadequação pessoal, sentimentos de inferioridade física com conseqüente diminuição da auto-estima, diminuição do grau de intimidade relacional e aumento das disfunções sexuais (Tross & Holland, 1990).

Pelo exposto, concluímos que a ocorrência de uma doença crónica afecta numerosas esferas do funcionamento individual. Ao nível psicológico, a tentativa de adaptação a uma ameaça real à continuidade da vida, como é uma doença crónica, constitui pela multiplicidade de factores intervenientes um desafio ao equilíbrio funcional. Deste

enorme desafio, que constitui a adaptação a uma doença crónica, como o cancro ou a diabetes mellitus insulino dependente, emergem estratégias para enfrentar os acontecimentos, que nem sempre conduzem ao optimismo e à aceitação serena. Muitas vezes originam-se conjuntos de reacções mais ou menos prolongadas no tempo, como a ansiedade ou a depressão, que importa compreender e identificar para que se possa ajudar o indivíduo no difícil ajustamento a um estado em que a doença é omnipresente.

Metodologia

1) Objectivos

Este estudo teve por objectivo reunir instrumentos que, em conjunto permitissem operacionalizar e investigar algumas das variáveis identificadas, como intervenientes na génese e manutenção das doenças de foro oncológico, pelas principais correntes teóricas dentro da psicossomática.

Embora procurássemos validar outras abordagens teóricas geradas sob a égide da psicossomática em oncologia (tais como as teorias da perda e da depressão ou as personalísticas), neste estudo, o objectivo específico foi a operacionalização das teorias relativas ao tipo de relacionamento ou padrão relacional, estabelecido entre os indivíduos oncológicos e os seus pais. Este enfoque específico, deveu-se em parte à escassez de estudos relativos a esta abordagem teórica, com que deparamos no decorrer desta investigação. Deveu-se igualmente e sobretudo, à necessidade sentida de um instrumento que permitisse avaliar a distância emocional que, segundo esta abordagem caracterizaria o relacionamento familiar “centrífugo” dos indivíduos oncológicos.

O objectivo global desta investigação foi o de constituir uma bateria abrangente, que permitisse sistematizar e operacionalizar alguns dos conceitos mais focados pelas teorias no âmbito da psicossomática. Ao reunir num só instrumento variáveis tão diversas, procuramos facilitar a identificação de aspectos que possam contribuir para o desencadear ou manutenção do cancro.

2) Amostra

2.1) Identificação dos grupos

Com o intuito de atingir estes objectivos, foram constituídos três grupos de indivíduos: um grupo de indivíduos oncológicos (GONC), um grupo de indivíduos com diabetes insulino-dependente (GDIA) e um terceiro grupo composto por indivíduos não oncológicos nem diabéticos (GNORM).

2.2) Razão de ser dos três grupos

Nesta investigação, a simples adopção de um único grupo de controlo (normal), não permitiria esclarecer se as diferenças encontradas, para as variáveis estudadas, se poderiam encarar como sendo resultado da especificidade da condição oncológica ou, se pelo contrário, resultavam maioritariamente da situação de doença prolongada ou crónica e potencialmente letal, comum a outras doenças que não o cancro. Por essa razão julgamos curial constituir um segundo grupo de controlo clínico que partilhasse algumas características importantes com a doença oncológica, distinguindo-se claramente noutras .

Mantendo presentes as características da patologia oncológica, procedemos à determinação dos critérios de escolha do grupo clínico de comparação. Este deveria, no nosso entender, corresponder a uma patologia com as seguintes características:

- a) **Crónica e Irreversível:** a patologia em causa deveria apresentar um carácter crónico e irreversível – ou quasi-irreversível - à semelhança da patologia oncológica,

- b) **Progressiva e Debilitante:** a patologia deveria apresentar um carácter progressivo e debilitante,
- c) **Potencialmente letal:** a sua evolução tenderia a gerar lesões que cumulativamente determinassem a morte,
- d) **Necessitada de medicação:** tal como sucede no cancro, esperaríamos que no grupo de controlo clínico os sujeitos tivessem igualmente de tomar medicação para controlar a doença,
- e) **Inequívoca:** deveria constituir uma entidade nosológica inequívoca e distinta da patologia oncológica,
- f) **Não incapacitante:** Os sintomas gerados pela patologia em causa não deveriam comprometer a capacidade cognitiva e motora dos respondentes para assim não inviabilizar a sua participação no estudo,
- g) **Conhecida:** deveriam conhecer-se amplamente os processos bioquímicos bem como as consequências médicas e psicológicas da patologia de comparação, bem como deveria existir uma leitura da mesma por parte de autores no âmbito da psicossomática,
- h) **Elevada incidência:** a patologia em causa deveria apresentar uma incidência suficientemente elevada entre a população-alvo para viabilizar a realização do inquérito.

Após o estabelecimento destes critérios, a patologia que no nosso entender melhor correspondeu ao que pretendíamos foi a Diabetes Mellitus Insulino-Dependente (DID). Esta patologia para além de crónica, constitui uma entidade nosológica distinta e inequívoca face ao cancro ou mesmo a outros tipos de diabetes. Tem início sobretudo na

idade infantil ou juvenil. É crónica e irreversível, progressiva e debilitante, potencialmente letal e necessitada de medicação .

A diabetes encontra-se bem estudada sobretudo no que respeita aos mecanismos bioquímicos explicativos, tendo sido alvo de variados estudos no âmbito da psicossomática, conforme exposto na secção “Diabetes Mellitus Insulino-Dependente e Psicossomática”.

Desta forma, interessou-nos a possibilidade de identificar, em cada um dos grupos clínicos, núcleos de factores diferenciadores no âmbito da psicossomática, quer quando comparados entre si quer com o grupo de controlo normal. Interessou-nos também identificar aspectos comuns a ambos os grupos clínicos (oncológico e diabético insulino-dependente), com o intuito de caracterizar o melhor possível o funcionamento decorrente da vivência de uma situação de doença crónica.

2.3) Critérios de Constituição dos Grupos e sua Caracterização

Todos os grupos constituíram amostras independentes de igual dimensão (n=31) e um critério de inclusão comum a todos os grupos foi o dos indivíduos terem de se encontrar na faixa etária compreendida entre os vinte e os setenta anos. A restrição da faixa etária no que respeita ao limite inferior, foi determinada pelas limitações etárias impostas por um dos instrumentos de avaliação (DCRF). O limite superior foi estabelecido nos setenta anos, seguindo o exemplo de Walker, Heys, Walker, Ogston, Miller, Hutcheon, Sarkar, Ah-See e Eremin (1999), para excluir da amostra, indivíduos com doença oncológica de início tardio, mais fortemente associada ao próprio processo de envelhecimento natural do organismo do que a factores genéticos ou de natureza psicológica.

O grupo clínico oncológico, que passaremos a identificar através das iniciais GONC (Grupo Oncológico), foi composto exclusivamente por indivíduos (n=31) que se encontravam em seguimento clínico nas consultas externas de oncologia do Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra) e do Hospital de Santa Maria (Lisboa).

Neste grupo, para além do critério respeitante à faixa etária, transversal a todo o estudo, dois outros critérios de inclusão foram estabelecidos. O primeiro pressupunha que tivesse decorrido um período de, pelo menos, seis meses entre a consulta em que o paciente havia tomado conhecimento do seu estado clínico e a aplicação dos instrumentos de avaliação. O segundo restringia a aplicação apenas a indivíduos cuja doença se encontrasse activa e em tratamento.

O estabelecimento destes dois critérios adicionais foi produto de reuniões com os médicos oncologistas das respectivas instituições hospitalares, no sentido de prevenir artefactos experimentais. Estes artefactos que procurámos prevenir poder-se-iam dever, quer a níveis exacerbados de ansiedade e depressão, presentes de uma forma reactiva normalmente nos 100 dias seguintes à tomada de conhecimento do diagnóstico, conhecidos como fase de “condição existencial” (Weisman & Worden, cit. p. Tross & Holand, 1990); quer a níveis atenuados e pouco diferenciadores obtidos, entre indivíduos oncológicos e normais, no que respeita a depressão e ansiedade, quando os primeiros se encontram em fase de remissão (Horta, Andrade, Ouakinin, Ramos & Figueira, 1998). O controlo destas duas situações teve por objectivo, eliminar alterações dos valores de ansiedade e de depressão devidas a processos reactivos quer à tomada de conhecimento do diagnóstico, quer à fase de remissão.

O grupo clínico de controlo, o qual passaremos a denominar de GDIA (grupo diabético) foi constituído exclusivamente por indivíduos (n=31) entre os vinte e os setenta anos com diabetes insulino-dependente, diagnosticada clinicamente entre os cinco e os 15

anos de idade, por ser esta a faixa etária na qual caracteristicamente se insere o surgimento do maior número de casos desta doença (Wertlieb et al, 1996; Ribeiro et al, 1998). Todos os indivíduos atendiam à consulta externa de diabetes no Hospital de Santa Maria (Lisboa).

Durante a recolha da amostra foram excluídos todos os indivíduos com insuficiência renal que se encontrassem a realizar hemodiálise, bem como os que tivessem perdido a visão, na sequência de lesões metabólicas e vasculares decorrentes da diabetes tipo I. A existência destes critérios de exclusão, deveu-se, à semelhança do ocorrido no GONC, à necessidade de controlar variáveis passíveis de constituir um entrave à análise consistente da tendência das respostas obtidas.

Estas restrições, no entanto traduziram-se num abaixamento do nível etário do GDIA, por comparação com o GONC, uma vez que estas complicações secundárias decorrentes da diabetes mellitus insulino dependente, estão sobretudo presentes em indivíduos pertencentes a faixas etárias mais elevadas (Mamede de Carvalho, 1997).

Tanto no GONC quanto no GDIA, a aleatoriedade da amostra recolhida foi garantida através dos seguintes procedimentos:

- 1) Os vários doentes a quem se aplicavam os questionários eram referidos no próprio dia da aplicação, por pelo menos dois médicos diferentes, tendo em conta os indivíduos marcados para esse dia e os critérios de inclusão.
- 2) Durante as 24 semanas (de Abril a Setembro de 1999) em que decorreram as aplicações variaram os dias da semana e as horas nas quais foram feitas as aplicações nas consultas.

Relativamente ao grupo de indivíduos normais ($n=31$), que passará a ser representado como GNORM (grupo normal), os critérios de inclusão foram: ter entre os vinte e os setenta anos, não apresentar no presente, nem durante a infância cancro ou diabetes de tipo I, nem nenhuma outra doença crónica considerada no âmbito da Psicossomática.

Ao todo, para integrar esta última amostra foram aplicados os diversos instrumentos a 100 indivíduos, de entre os quais foram escolhidos trinta e um por corresponderem aos critérios de inclusão pretendidos e apresentarem características etárias semelhantes às do GONC.

2.4) Colheita dos Dados

Todos os indivíduos que participaram neste estudo, independentemente do grupo a que pertenciam, foram avaliados individualmente pela autora da presente investigação ou por outra psicóloga (Dr^a Cristina Vivas) que colaborou na recolha de uma parte dos dados. Esta avaliação pressupunha a resposta dos indivíduos aos quatro instrumentos da bateria reunida para esta investigação, respeitando determinados procedimentos destinados a garantir a boa compreensão da natureza da investigação, bem como do conteúdo dos instrumentos no sentido de obtermos respostas fiáveis. Desta forma:

- 1) em primeiro lugar foram identificados os indivíduos passíveis de integrarem a amostra, tendo em atenção os critérios de inclusão,
- 2) de seguida estes foram contactados individualmente, tendo-lhes sido explicado de uma forma sucinta o propósito da investigação, a natureza confidencial da mesma e a média de tempo que iriam dispendir ao disponibilizarem-se para responder à bateria de instrumentos,

- 3) os indivíduos que aceitaram participar no estudo, foram encaminhados para um local sossegado e bem iluminado, provido de cadeiras e mesa de apoio,
- 4) os instrumentos, apesar de apresentarem normas claras e padronizadas, foram sempre respondidos na presença de uma das psicólogas, permitindo assim, o pronto esclarecimento de todas as dúvidas suscitadas durante o preenchimento dos mesmos.
- 5) A ordem de preenchimento dos instrumentos foi, para todos os indivíduos, a seguinte: 1) Questionário de Descritores da Psicossomática (QDP), 2) Desenho de Círculos Representativos da Família (DCRF), 3) Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC) e 4) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).
- 6) Após o preenchimento de todos os instrumentos, foi novamente garantida a confidencialidade dos dados fornecidos e dada a possibilidade aos indivíduos de terem acesso a um resumo dos resultados finais do estudo, desde que manifestassem interesse em tal.

2.5) Instrumentos

Após a realização da revisão bibliográfica que suportou este estudo, foi feita a escolha dos instrumentos que permitiram operacionalizar as variáveis que nos propusemos investigar. Para aceder aos elementos que nos interessavam aprofundar foram aplicados, a cada um dos indivíduos dos três grupos (GONC, GDIA e GNORM), **quatro instrumentos** distintos, já referidos e que constituíram a bateria instrumental da investigação: um **Questionário de Descritores da Psicossomática (QDP)**, destinado a aceder aos aspectos relativos à história pessoal de cada indivíduo, considerados significativos tendo por base as teorias da psicossomática; um **teste semi-projectivo** destinado a avaliar a qualidade dos laços familiares estabelecidos pelos sujeitos ao longo das suas vidas -**Desenho de Círculos Representativos da Família (DCRF)** -

(Pipp, Shaver, Jennings, Lamborn & Fisher, 1985), na sua forma adaptada à população portuguesa adulta (Canavarro, 1999); um instrumento, validado em numerosos estudos e construído para a população adulta portuguesa, que permite aceder ao estado em que se encontra o **auto-conceito individual**, traduzindo-o em quatro factores tradutores do grau de **ajustamento social e emocional - Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC)** - (Vaz Serra, 1985), e finalmente uma medida de depressão e de ansiedade - **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)** - (Zigmond & Snaith, 1983), já adaptada e validada para a população adulta portuguesa em estudos anteriores (Horta et al, 1997, 1998), e que possibilita de uma forma simples e eficaz, aceder ao maior ou menor grau de depressão e ou de ansiedade presentes no sujeito.

A Descrição dos Instrumentos

2.5.1) Questionário de Descritores da Psicossomática (QDP)

Elaborámos o QDP, com o objectivo de reunir o mais vasto leque de informação relevante, no âmbito das teorias da Psicossomática relativas à Oncologia, mas igualmente importante no caso de outras doenças de cariz psicossomático. Ao todo é constituído por vinte e sete questões (de resposta múltipla fechada, de resposta única fechada e de resposta aberta), excluindo o preenchimento dos dados pessoais relevantes. As questões encontram-se organizadas em seis secções distintas: Dados Pessoais, Dados Referentes aos Pais, Dados Referentes à Infância e Idade escolar, Dados Referentes à Saúde (pessoal e familiar), Dados Referentes às Relações Afectivas e Dados Relativos a outros Aspectos Actuais (suporte socio-económico). Este instrumento, permitiu aceder de uma forma sistematizada aos aspectos mais relevantes da história do indivíduo nas suas principais vertentes.

2.5.2) Desenho de Círculos Representativos da Família (DCRF)

Este instrumento de avaliação foi concebido e aplicado pela primeira vez por S. Pipp, P. Shaver, S. Jennings, S. Lamborn e K.W. Fisher (1985) e adaptado à população portuguesa adulta por Canavarro (1999).

Este teste foi descrito por Levitt et al (1994, cit. p. Canavarro, 1999) como uma técnica de representação espacial, que possibilita aceder a aspectos qualitativos da relação com os pais, de uma forma a que dificilmente teríamos acesso se nos baseássemos apenas em indicadores verbais. Canavarro (1999), por sua vez, optou por denominar este instrumento de teste “semi-projectivo”, devido ao facto de misturar instruções escritas com uma prova não-verbal de características projectivas.

Segundo Montagna (1989), podemos denominar um teste de projectivo, quando:

- 1) O material do teste (estímulo), é suficientemente ambíguo e indefinido para que o sujeito, ao dar a sua resposta, projecte os seus conteúdos internos;
- 2) Existe uma instrução que proporciona ao sujeito a liberdade de elaborar a sua resposta da maneira como escolher, e
- 3) Existe uma relação com o examinador, que permeia a aplicação do teste, na qual o sujeito está livre para fornecer a resposta escolhida. Resposta essa que irá ser analisada para a obtenção do motivo subjacente à resposta (conteúdo latente).

No caso do DCRF, encontram-se cumpridas as duas primeiras condições, mas no que diz respeito à terceira isso não se verifica . O facto de existir uma instrução escrita muito clara para explicar ao sujeito como deve responder ao teste, permite que o indivíduo possa responder sem que exista de facto uma relação com o examinador, simplesmente porque é ele próprio que lê a instrução. Pensamos que talvez tenha sido

este o principal motivo de Canavarro (1999) para considerar o teste como semi-projectivo e não projectivo.

Neste teste é pedido aos indivíduos que desenhem dois círculos, um representando a Mãe ou o Pai e outro o próprio indivíduo, com maior ou menor proximidade consoante a proximidade ou distanciamento emocional sentidos ao longo de cinco fases distintas da vida do indivíduo: infância precoce (1-5 anos), infância durante a idade escolar (6-10 anos), início da adolescência (11-15 anos), final da adolescência (16-20 anos) e “actualmente”, referindo-se ao período de vida actual do indivíduo (Canavarro, 1999). Desta forma vão obter-se para a relação com a mãe, cinco desenhos cada um dos quais apresentando dois círculos mais ou menos próximos e para o pai outros cinco desenhos de dois círculos cada, respeitantes às cinco fases representadas (Pipp et al, 1985).

Um total de dez desenhos é obtido para cada indivíduo, desde que a relação exista. Se o indivíduo não tiver conhecido um ou ambos os pais, em caso de não existir lembrança do tipo de relação estabelecida, ou se um ou ambos os pais já faleceram, pede-se ao indivíduo que não desenhe os círculos respeitantes a essa fase ou fases de vida (Canavarro, 1999).

Relativamente aos procedimentos de avaliação deste instrumento, optámos por uma metodologia significativamente distinta da proposta, quer pelos autores (Pipp et al, 1985:993-995), quer por Canavarro (1999:239). Esta nova metodologia de quantificação, sensivelmente mais simples, pareceu-nos igualmente válida uma vez que preserva o propósito inicial dos autores: avaliar a proximidade relacional ao longo das várias fases de vida. Desta forma considerámos três graus de distância relacional: grau 1 - interpenetração dos círculos (cotada como 1), grau 2 - círculos tangenciais (cotada como 2) e grau 3 - afastamento sem toque dos círculos (cotada como 3). Embora esta opção de classificação possa reduzir a variabilidade dos resultados, julgamos que nos

permitiu chegar à essência do que pode ser transmitido pelo teste e que, por vezes, numa análise milimétrica de distância e perímetro circular pode desvanecer-se.

Esta opção também nos pareceu adequada visto que, na versão adaptada por Canavarro (1999), antes do preenchimento do instrumento são mostrados aos indivíduos três exemplos, do tipo de resposta pretendida, contendo dois círculos de igual dimensão respectivamente afastados, tangenciais e interpenetrados. No estudo original (Pipp et al, 1985), não eram fornecidos quaisquer exemplos aos indivíduos, mas apenas pedido que desenhassem dois círculos em relação, da forma que melhor traduzisse a relação com a Mãe ou com o Pai.

Desta forma pareceu-nos que a visualização prévia dos exemplos, presente na versão adaptada (Canavarro, 1999), poderia limitar as respostas dos sujeitos, sendo necessária uma nova forma de classificar os resultados obtidos. O tratamento dos resultados orientado para as categorias de “interpenetrado”, “tangencial” e “afastado”, quanto ao grau de proximidade relacional sentida pelo indivíduo nas diferentes fases, foi o que nos pareceu traduzir da melhor forma o propósito deste instrumento.

Quando escolhemos este instrumento fizemo-lo porque as suas características projectivas poderiam constituir um eficaz complemento a uma bateria predominantemente verbal, e ao mesmo tempo, servir de elemento validativo para algumas das respostas fornecidas pelo sujeito, no QDP, respeitantes ao tipo de relacionamento com os pais durante a infância.

2.5.3) Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC)

O **Inventário Clínico do Auto-Conceito (ICAC)**, foi concebido e desenvolvido por Vaz Serra (1986) com o objectivo de avaliar os aspectos emocionais e sociais do auto-conceito em contexto clínico.

Este inventário, ou escala de auto-avaliação, é constituído por 20 questões sendo cada uma pontuada de 1 a 5, de tal modo que, quanto mais elevada a pontuação obtida, melhor é considerado o Auto-Conceito do sujeito (Vaz Serra, 1986).

Da análise dos 20 itens resultaram os seguintes factores (Vaz Serra, 1986):

- F1: Factor de Aceitação Social (itens 1, 4, 9, 16 e 17). Refere-se à importância de características como a aceitação por parte dos outros e o agrado social na vida do indivíduo,
- F2: Factor de Auto Eficácia (itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20). Realça os aspectos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades.
- F3: Factor de Maturidade Psicológica (itens 2, 6, 7 e 13). Expressa a capacidade para assumir responsabilidades e expressar de uma forma autêntica as suas crenças,
- F4: Factor de Impulsividade-Actividade (itens 10, 15 e 19). Refere-se à maior ou menor motivação para agir de uma forma impulsiva,
- F5: Factor misto sem denominação específica (itens 3, 18, 6 e 12). Não foram encontradas características específicas que permitissem dar denominação a este factor,
- F6: Factor misto sem denominação específica (itens 9 e 17). Não foram encontradas características específicas que permitissem dar denominação a este factor.

Apesar das análises factoriais realizadas terem distinguido seis factores diferentes, são os dois primeiros os que, segundo Vaz Serra (1992: 32): *“são os mais importantes, com características bem definidas e mais utilizados em pesquisa”*, explicando em

conjunto a maior parte da variância total. Na presente investigação optámos por trabalhar os quatro factores com denominação específica (F1, F2, F3 e F4).

Os itens que constituem o inventário, revelaram bom poder discriminatório em diversos estudos realizados com este instrumento (Vaz Serra et al, 1986a; 1986b; 1986c ; Mota Cardoso et al, 1986 e Horta et al, 1998). Os seus itens também parecem não ser sensíveis a diferenças de sexo e apresentam boa consistência interna e estabilidade temporal (Vaz Serra, 1986a).

O ICAC permite-nos aceder não apenas a uma medida global do auto-conceito do indivíduo, com um valor de referência de 68 pontos (a partir do qual é possível afirmar que o auto-conceito global do indivíduo se encontra acima da média), mas também nos possibilita a averiguação de quais as dimensões (ou factores) desse auto-conceito que mais contribuem para o melhor ou pior desempenho do indivíduo nesta escala. Segundo o autor, esta escala apresenta na globalidade um valor preditivo: “...quanto pior o auto-conceito pior o ajustamento do indivíduo, e mais propenso este se encontra a transtornos de carácter emocional...” (Vaz Serra, 1986a: p.83).

Outro aspecto muito importante apontado por Vaz Serra (1986a) refere-se ao papel da educação durante a infância. Segundo Frank (1973, cit p. Vaz Serra 1986a) as dimensões mais relevantes que devem ser transmitidas durante a infância para o bom desenvolvimento afectivo do indivíduo são: ser aceite, ser autónomo e ser competente. Segundo Vaz Serra (1986a), o sentimento de aceitação (expresso pelo F1) desenvolver-se-ia através do sentimento de ser aceite pelos adultos significativos durante a infância, o ser autónomo desenvolver-se-ia através do ensino da independência e responsabilidade (expresso pelo F2 e F3) e o ser competente, resultaria da instituição de juízos de valor positivos, transmitidos quando a criança tem um desempenho eficaz (expresso pelo F2). Desta forma Vaz Serra (1986: 83) defende que, relativamente às

principais dimensões do auto-conceito (a aceitação social (F1) , a auto-eficácia (F2)) e ao auto-conceito global: “...*(a educação) conforme é orientada, assim determina a formação de um bom ou de um mau auto-conceito que, por sua vez, leva a um bom ou mau ajustamento do indivíduo*” . Afirma igualmente que “ *quanto melhor é a atmosfera familiar, melhor tende a ser o auto-conceito global do indivíduo bem como os seus sentimentos de aceitação-social e auto-eficácia*” (Vaz Serra, 1992: 32).

As razões que nos levaram a optar por este instrumento foram as seguintes:

- 1) Ser uma escala clínica construída especificamente para a população adulta portuguesa,
- 2) Ser um instrumento que se encontra amplamente validado, em diversos contextos clínicos em Portugal, nomeadamente no da oncologia (Vaz Serra et al, 1986a; Vaz Serra et al, 1986b; Vaz Serra et al, 1986c; Mota Cardoso et al, 1986; Vaz Serra, 1992 e Horta et al 1998),
- 3) Ser uma escala breve, concisa e clara, o que permite a sua fácil aplicação, mesmo em indivíduos com menor grau de escolarização, sem dificuldades significativas e sem excessivo desgaste psicológico (característica muito importante sobretudo para o GONC),
- 4) Constituir um bom indicador do auto-conceito global, através da nota global, com a possibilidade de conhecer os aspectos específicos que melhor caracterizam o auto-conceito dos sujeitos (factores específicos).

2.5.4) Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), foi criada e desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o intuito de constituir um instrumento para perceber as modificações que vão ocorrendo no estado emocional dos pacientes, bem como para

aceder à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão (Zigmond & Snaith, 1983). Desta forma poder-se-ia intervir proporcionando o tratamento adequado ao indivíduo e melhor percebendo o papel dos factores psicológicos no curso da doença (Zigmond & Snaith, 1983).

A HADS, é uma escala de auto-aplicação, composta por catorze itens, que permitem num único instrumento aceder a duas subescalas distintas: uma destinada à mensuração da Ansiedade (constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11, e 13) e a outra respeitante à Depressão (composta pelos itens: 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14).

Esta escala destina-se a quantificar a Ansiedade e a Depressão, em contexto médico-hospitalar e demonstrou ser uma medida válida da gravidade destas duas perturbações psicopatológicas (Zigmond & Snaith, 1983).

Os indivíduos que obtêm um valor superior a 8, para a subescala de ansiedade são já considerados como apresentando um estado de ansiedade clínica pronunciada, o mesmo sucedendo para a subescala da depressão (Zigmond & Snaith, 1983 e Walker et al, 1999).

A HADS, fornece ainda uma escala global para o conjunto da ansiedade e da depressão que constitui um bom índice da presença de ambas a situações clínicas nos indivíduos.

As grandes vantagens desta escala por comparação com outras destinadas a medir a ansiedade e a depressão, são: 1) permitir aceder com um mesmo instrumento à ansiedade e à depressão (Zigmond & Snaith, 1983), 2) ser simples e clara, não colocando geralmente quaisquer dúvidas ao longo do seu preenchimento (Zigmond & Snaith, 1983), 3) suscitar, pelo seu formato e pelo tipo de questões, interesse por parte dos sujeitos avaliados (Zigmond & Snaith, 1983), 4) ser de fácil e rápida aplicação, não provocando cansaço excessivo aos indivíduos (Zigmond & Snaith, 1983) e 5) Ter sido já validada para a população adulta portuguesa e para o contexto da Psicooncologia,

apresentando capacidades diferenciadoras das populações em estudo (Horta et al, 1997,1998 e Walker et al, 1999).

3)– Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, versão 8.0.

Foram realizadas análises estatísticas bivariadas, tendo a natureza das variáveis consideradas (escala nominal ou ordinal) associada à dimensão das amostras tornado inadequada a aplicação de testes estatísticos paramétricos. Assim, e de acordo com Bryman e Cramer (1993) e Pereira (1999) as características das variáveis sob estudo remetem-nos para os seguintes testes não paramétricos:

- Teste de χ^2 de Pearson corrigido pelo método de Yates para tabelas de contingência e o teste exacto de Fisher para tabelas 2x2 sempre que a pelo menos 25% das células correspondam um valor esperado inferior a cinco. Adequados para duas amostras independentes sendo pelo menos uma de escala nominal,
- Teste U de Mann-Whitney para testar duas amostras independentes em escala pelo menos ordinal ou métrica que não satisfaça o pressuposto da normalidade da distribuição amostral,
- Teste H de Kruskal-Wallis para testar mais de duas amostras em simultâneo com escala pelo menos ordinal ou métrica que não satisfaça o pressuposto da normalidade da distribuição amostral,

- Teste das Ordens de Wilcoxon para duas amostras dependentes e variáveis medidas em escala ordinal ou métrica que não satisfaça o pressuposto da normalidade da distribuição amostral,
- Correlações de Spearman para identificar o grau de associação entre a pertença grupal e as variáveis independentes consideradas cuja medida seja não métrica ou que viole o pressuposto da normalidade da distribuição amostral.

O nível de crítico de significância estatística adoptado foi, de acordo com a natureza do estudo e a prática corrente na investigação em Ciências Sociais, o de 5% correspondendo, portanto, a um intervalo de confiança não inferior a 95% (Bryman & Cramer, 1993).

Hipóteses

Decorrendo da revisão bibliográfica efectuada e tendo em atenção os principais objectivos desta investigação, optámos por agrupar as diversas hipóteses em diferentes secções de acordo com a natureza do seu suporte teórico. Desta forma a sequência dada às diferentes secções reflecte a hierarquização assumida face ao objectivo primordial deste trabalho. As hipóteses encontram-se agrupadas da seguinte forma:

I) - Hipóteses relativas aos Padrões Familiares Relacionais

II) - Hipóteses relativas à Personalidade

III) - Hipóteses relativas à Perda e à Depressão

IV) - Hipóteses relativas à Doença crónica

I) - Hipóteses relativas aos Padrões Familiares Relacionais

Hipótese 1 - A relação com os pais é avaliada pelo grupo oncológico (GONC) como sendo, globalmente, mais afastada, por comparação com os outros dois grupos, independentemente da faixa etária considerada.

Hipótese 2 - A relação com os pais é avaliada como globalmente mais afastada no GONC, quer se considere apenas a relação com a mãe, quer apenas com o pai, independentemente da faixa etária considerada.

Hipótese 3 - A relação com os pais é avaliada pelo GONC como sendo globalmente mais afastada, quer se considere apenas a relação com a mãe, quer apenas com o pai, em todas as faixas etárias e face aos grupos de controlo clínico (GDIA) e de controlo (GNORM).

Hipótese 4 - A relação com a mãe é percebida pelo GONC como sendo mais afastada do que a com o pai, para cada faixa etária.

Hipótese 5 - O afastamento relacional à mãe e ao pai é percebido de forma diferente pelos indivíduos de sexo feminino e masculino do GONC.

Hipótese 6 – O ambiente familiar do GONC caracteriza-se por menor incidência de casais parentais ajustados face aos restantes grupos.

Hipótese 7- O GONC manifesta percepções mais negativas, acerca das atitudes educativas dos pais, do que o GDIA e o GNORM.

II) - Hipóteses relativas à Personalidade

Hipótese 1 - No GONC existe um núcleo de dificuldades relacionais, que o diferencia do GNORM sendo caracterizado por: evitamento do conflito, receio de desiludir os outros, dificuldade em dizer 'não' e dificuldade em expressar os sentimentos.

Hipótese 2 - No GDIA existe um núcleo de dificuldades relacionais, que o diferencia do GNORM, caracterizado por: excessiva dependência, dificuldade em tomar decisões sozinho e dificuldade em ter uma personalidade própria.

Hipótese 3 - O valor total do auto-conceito é menor nos grupos oncológico (GONC) e diabético (GDIA), face ao grupo de controlo (GNORM).

Hipótese 4 - O GONC e o GDIA apresentam valores de auto-eficácia e maturidade psicológica inferiores aos obtidos pelo GNORM.

Hipótese 5 - Encontra-se maior incidência de doenças infantis tradutoras de vulnerabilidade psicossomática no GONC por comparação com o GDIA e o GNORM.

Hipótese 6 - Regista-se no GONC e no GDIA maior incidência de perturbações dos ritmos de sono comparativamente com o GNORM.

Hipótese 7 - O GONC e o GDIA relatam menor recordação dos sonhos do que o GNORM.

III) - Hipóteses relativas à Perda e à Depressão

Hipótese 1 - O GONC apresenta uma maior incidência de perdas e vivências *stressantes* por comparação com o GDIA e o GNORM.

Hipótese 2 – O GONC regista maior incidência de doenças graves ou mortes parentais na infância por comparação com o GDIA e o GNORM.

Hipótese 3 – Existem níveis mais elevados de depressão no GONC, por comparação com o GDIA e o GNORM.

IV) - Hipóteses relativas à Doença Crónica

Hipótese 1 - O GONC e o GDIA manifestam maior grau de ansiedade do que o GNORM, e o GONC apresenta valores mais elevados de ansiedade do que o GDIA.

RESULTADOS

Ao longo desta etapa pretendemos expor, com a clareza possível, os resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados provenientes da aplicação da bateria de instrumentos escolhida.

No sentido de possibilitar uma maior articulação entre a exposição estatística dos resultados e a interpretação dos mesmos e atendendo à matriz de conhecimento teórico onde nos inserimos, optámos por, no final da apresentação dos resultados referentes a cada hipótese, realizar a discussão específica das suas implicações.

A estrutura geral na apresentação dos resultados será a seguinte:

- I - Resultados relativos à caracterização geral da amostra
- II - Resultados relativos aos padrões familiares relacionais
- III - Resultados relativos à personalidade
- IV - Resultados relativos à perda e à depressão
- V - Resultados relativos à doença crónica

Apresentação dos resultados

I - Resultados relativos à caracterização geral da amostra

O tratamento estatístico dos dados demográficos recolhidos permitiu caracterizar globalmente os três grupos em estudo nesta investigação (grupo oncológico - GONC, grupo diabético - GDIA e grupo normal - GNORM), tal como se encontra exposto no Quadro 3:

Quadro 3: Caracterização Geral da Amostra

	GONC		GDIA		GNORM	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Masculino	9	29.0	12	38.7	14	45.2
Feminino	22	71.0	19	61.3	17	54.8
Estado Civil						
Solteiro	3	9.7	10	32.3	6	20.4
Casado/Vive Junto	24	77.4	20	64.5	19	67.7
Divorc.(Separado	2	6.5	1	3.2	4	7.5
Viúvo	2	6.5	0	0	2	4.3
Escolaridade						
≤ Esc. Obrigatória	23	74.2	16	51.6	8	25.8
Ensino Secundário	4	12.9	13	41.9	15	48.4
Ensino Superior	4	12.9	2	6.5	8	25.8
Idade						
20-29	2	6.5	11	35.5	5	16.1
30-39	3	9.7	11	35.5	9	29.0
40-49	7	22.6	4	12.9	6	19.4
50-59	9	29.0	4	12.9	6	19.4
≥60	10	32.3	1	3.2	5	16.1
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp
	52.48	11.40	36.00	10.92	44.39	14.70

A análise comparativa do GONC e do GNORM permite verificar que existe homogeneidade nas variáveis demográficas: Sexo ($\chi^2= 1,728$; 1g.l; $p\leq 0,189$), Idade ($\chi^2 = 6,629$; 4 g.l; $p\leq 0,157$) e Estado Civil ($\chi^2= 2,248$; 3 g.l; $p\leq 0,523$). Relativamente à

variável Escolaridade, o GONC e o GNORM não se mostraram equivalentes ($\chi^2= 14,96$; 2 g.l; $p\leq 0,05$).

A comparação entre o GDIA e o GNORM permite constatar a homogeneidade das variáveis demográficas: Sexo ($\chi^2= 0,265$ 1 g.l; $p\leq 0,607$), Idade ($\chi^2= 5,917$; 4 g.l; $p\leq 0,205$) e Estado Civil ($\chi^2= 4,826$; 3 g.l; $p\leq 0,185$). Também, relativamente à variável Escolaridade, o GDIA e o GNORM não se mostraram equivalentes ($\chi^2= 6,410$; 2 g.l; $p\leq 0,05$).

Finalmente, a análise comparativa do GONC e do GDIA permite verificar a existência de homogeneidade nas variáveis demográficas: Sexo ($\chi^2= 0,648$; 1 g.l; $p\leq 0,421$) e Estado Civil ($\chi^2= 6,466$; 3 g.l; $p\leq 0,091$). O GONC e o GDIA não se mostraram equivalentes no que respeita a variável Escolaridade ($\chi^2= 6,688$; 2 g.l; $p\leq 0,05$) e Idade ($\chi^2= 20,907$; 2 g.l; $p\leq 0,05$).

Discussão Específica: Julgamos que o imperativo da aleatoriedade na recolha das diversas amostras pode estar na origem da heterogeneidade da variável Escolaridade nas três situações de comparação.

Consideramos que a heterogeneidade dos grupos face a esta variável não constitui um *caveat* na interpretação dos resultados. Por um lado, de acordo com Canavarro (1999), Vaz Serra (1986a) e Zigmond e Snaith (1983), os instrumentos utilizados para o levantamento de dados podem ser validamente respondidos por indivíduos com o grau de instrução primária ou básica. Tal deve-se à facilidade de compreensão e brevidade das respostas que caracteriza os mesmos. Por outro, o facto da aplicação dos instrumentos ter sido presencial permitiu o pronto esclarecimento de quaisquer dúvidas ocorrentes ao longo do seu preenchimento.

Consideramos que as diferenças observadas entre o GONC e o GDIA no que respeita à variável Idade, decorreram da necessidade metodológica de eliminar da amostra indivíduos que apresentassem concomitantemente à diabetes de tipo I, complicações secundárias tais como a insuficiência renal dependente de hemodiálise ou a perda total de visão, mais frequentes na população a partir dos quarenta anos (Mamede de Carvalho, 1997). Também o facto da diabetes tipo I ser prevalente em faixas etárias mais jovens sendo menos frequente a sua ocorrência em idades mais avançadas (sem que se faça acompanhar de complicações secundárias) (Wertlieb et al., 1996), tornou menos provável a constituição de uma amostra igualmente distribuída pelas várias faixas etárias consideradas, o que se reflectiu nas características etárias da população presente nas consultas de diabetologia onde foi feita a recolha da amostra.

O facto do GONC e do GDIA diferirem significativamente quanto à variável “Idade” levou a que a interpretação dos resultados provenientes da comparação directa entre estes grupos clínicos fosse particularmente reservada. Além disso, tal comparação só ocorre isoladamente uma vez neste estudo, aquando da diferenciação de quais as variáveis que correspondem ao núcleo de dificuldades relacionais específicas de cada doença e de quais poderão reflectir a cronicidade de ambas as doenças. Neste caso, foi sempre considerada a possibilidade dos resultados encontrados poderem dever-se à diferença etária e não a outras variáveis.

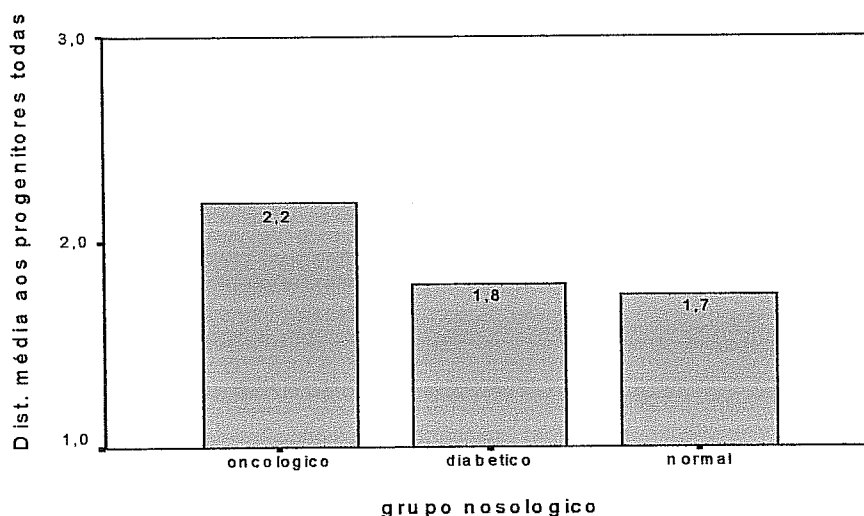
II - Resultados relativos aos padrões familiares relacionais

Hipótese 1 (I)- A relação com os pais é avaliada pelo grupo oncológico (GONC) como sendo globalmente, mais afastada por comparação com os outros dois grupos, independentemente da faixa etária considerada

Relativamente à exploração da primeira hipótese, estudámos as diferenças entre o GONC (grupo oncológico), o GDIA (grupo diabético) e o GNORM (grupo de controlo normal) quanto à percepção do grau de afastamento relacional com os pais.

Foi considerada em primeiro lugar a distância média percebida na relação com os pais durante toda a vida do sujeito (sem discriminar a relação em cada faixa etária e tratando conjuntamente os resultados relativos ao pai e à mãe). Foi aplicado um teste estatístico de Kruskal-Wallis tendo o χ^2 obtido o valor de 10,42 que com 2 g.l. apresentou um $p \leq 0,05$. O gráfico 1 denota que o GONC tende a avaliar a relação afectiva com os pais como sendo em média mais afastada ($x=2,2$) por comparação com o GDIA e GNORM que apresentaram respectivamente valores de 1,8 e 1,7.

Gráfico 1



Discussão Específica: Em conformidade com as hipóteses avançadas por Bahnon (1970, 1984), e igualmente focadas pelos estudos de Thomas et al (1979, cit. p. Stoll, 1986) e Horne et al (1979, cit. p. Elliot, 1989), em como os indivíduos oncológicos apresentam um padrão de relacionamento familiar centrífugo (caracterizado por maior afastamento relacional percebido) encontrámos, recorrendo aos resultados do DCRF (Desenho dos Círculos Representativos da Família), diferenças significativas (KWALLIS; $\chi^2=10,42$; 2 gl; $p\leq 0,05$) entre o GONC e os restantes grupos de comparação, tendo o grupo oncológico manifestado maior afastamento face aos pais. Corrobora-se desta forma a Hipótese 1.

Hipótese 2 (I) - A relação com os pais é avaliada como globalmente mais afastada no GONC, quer se considere apenas a relação com a mãe quer apenas com o pai, independentemente da faixa etária considerada.

Com o intuito de verificar se as diferenças relativas ao afastamento relacional sentido se mantêm, analisando separadamente a relação com a mãe e com o pai, procedemos à aplicação do teste de Kruskal-Wallis para os valores médios de distanciamento relacional, agregando todas as faixas etárias. Os resultados obtidos apontam no sentido das diferenças encontradas se manterem estatisticamente significativas quer para a relação com a mãe (KWALLIS; $\chi^2=6,665$; 2 g.l.; $p\leq 0,05$) quer com o pai (KWALLIS; $\chi^2=9,586$; 2 g.l.; $p\leq 0,05$).

Discussão Específica: Estes resultados permitem verificar que o afastamento relacional percebido pelo GONC não depende da relação ser estabelecida com a mãe ou com o pai, mas antes confirma-se o afastamento com ambos os progenitores. A corroboração desta hipótese (Hipótese 2), complementa os resultados obtidos na Hipótese 1 e infirma os

resultados obtidos em alguns estudos, nomeadamente o de Bahnson (1984), segundo os quais a relação com a mãe seria a que tenderia ao maior afastamento.

Hipótese 3 (I) - A relação com os pais é avaliada pelo GONC como sendo globalmente mais afastada, quer se considere apenas a relação com a mãe quer apenas com o pai, em todas as faixas etárias e face aos grupos de controlo clínico (GDIA) e de controlo (GNORM).

Ainda com o propósito de verificar se o padrão de maior distanciamento relacional nos sujeitos do GONC se mantém considerando isoladamente cada faixa etária considerada no DCRF e discriminando a relação com a mãe e com o pai, realizámos testes de Kruskal-Wallis para os três grupos considerados. Os resultados encontrados correspondem ao Quadro 4.

Quadro 4: Distância parental percebida por progenitor e faixa etária

	Distância dos 1 aos 5 anos	Distância dos 6 aos 10 anos	Distância dos 11 aos 15 anos	Distância dos 16 aos 20 anos	Distância na idade actual
Relação com a Mãe					
χ^2	3,096	3,056	6,204	6,508	6,255
gl	2	2	2	2	2
p	0,213	0,217	0,045*	0,039*	0,044*
Relação com o Pai					
χ^2	2,327	3,472	9,583	10,529	8,367
Gl	2	2	2	2	2
P	0,312	0,176	0,008*	0,005*	0,015*

* $p \leq 0.05$

No que diz respeito à relação com a mãe, apenas as distâncias percebidas a partir dos 11 anos revelam diferenças estatisticamente significativas para $p \leq 0,05$. Os valores obtidos para a relação Eu-Mãe dos 1 aos 5 anos de idade (Gráfico 2) embora tendencialmente mais afastados no GONC, não permitem afirmar existirem diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,096$; 2 gl; $p \leq 0,213$) ocorrendo o mesmo (Gráfico 3) para a faixa etária dos 6 aos 10 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,056$; 2 gl; $p \leq 0,217$).

Gráfico 2

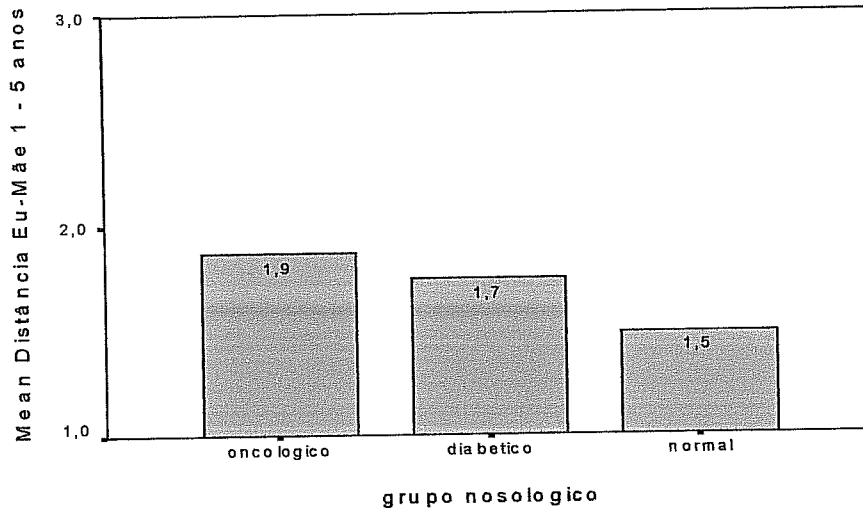
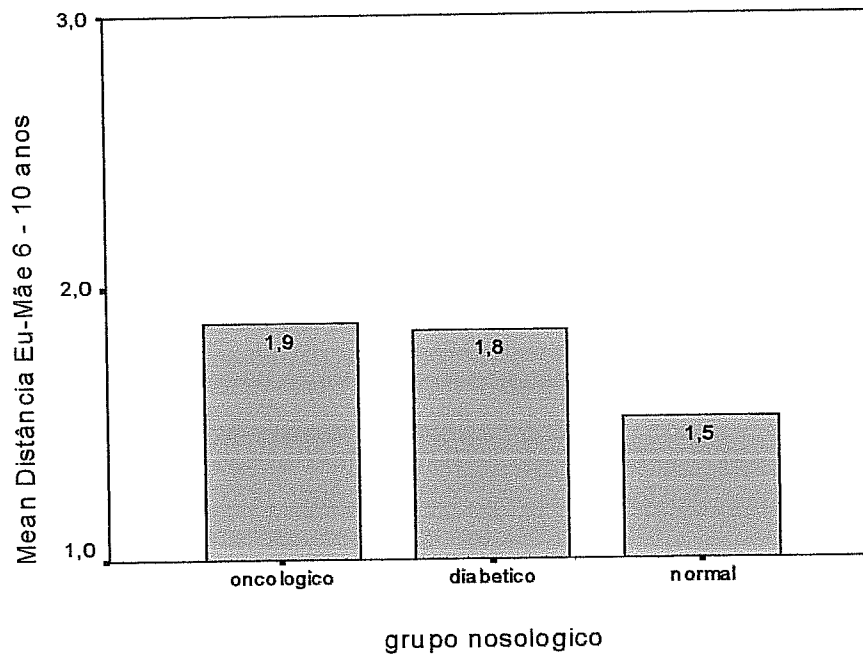


Gráfico 3



A distância relacional percebida com a mãe, em todos os grupos considerados, apresentou-se significativamente diferente no GONC, no GDIA e no GNORM, para as

faixas etárias dos 11 aos 15 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=6,204$, 2 gl; $p\leq 0.05$), dos 16 aos 20 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=6,508$; 2 gl; $p\leq 0.05$) e na idade actual (Kruskal-Wallis: $\chi^2=6,255$; 2 gl; $p\leq 0.05$).

Os valores obtidos encontram-se expostos, respectivamente no Gráfico 4, Gráfico 5 e Gráfico 6.

Gráfico 4

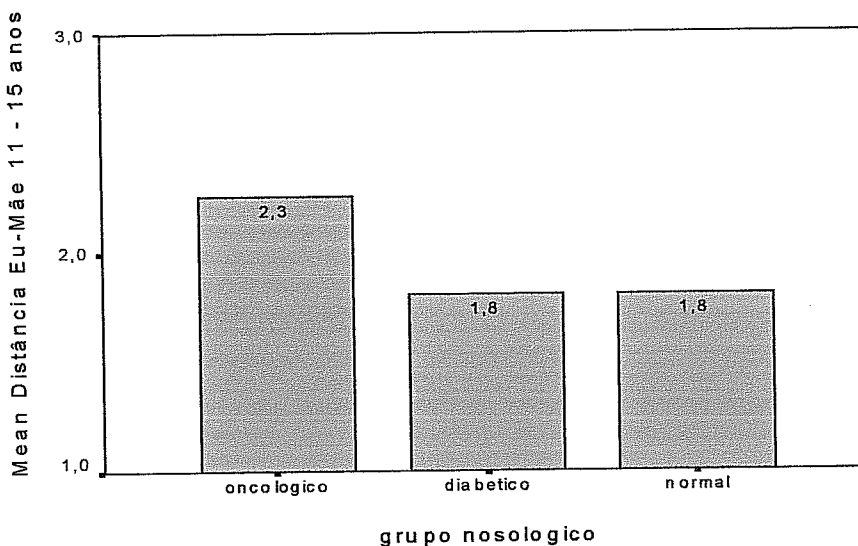


Gráfico 5

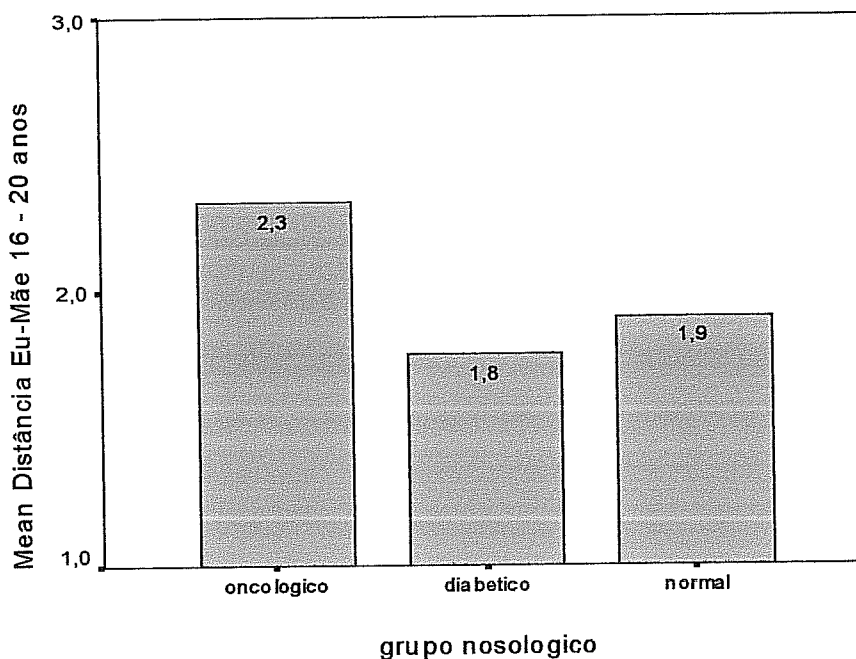
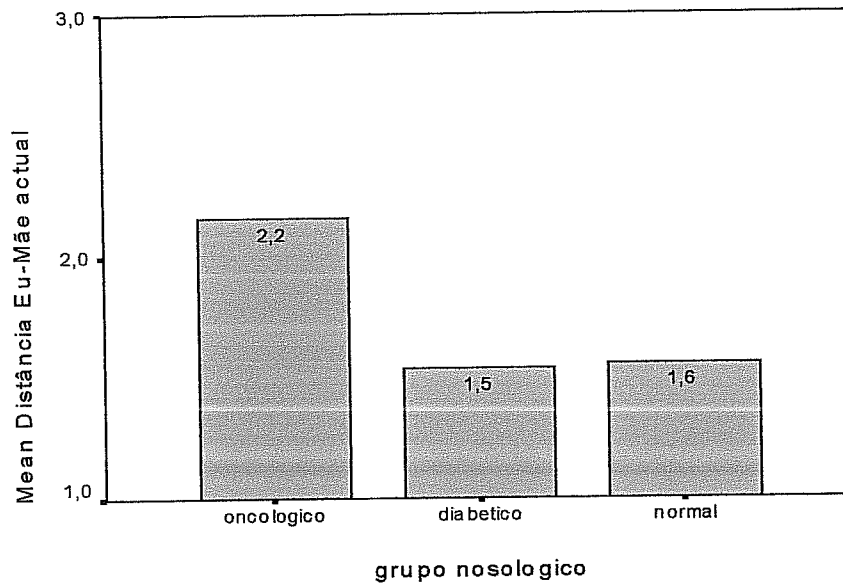


Gráfico 6



Em todas as situações observadas nos gráficos, os sujeitos oncológicos avaliaram a relação com a sua mãe como sendo em média mais distante por comparação com os restantes grupos de comparação. Também na relação com o pai apenas as distâncias percebidas a partir dos 11 anos revelam diferenças estatisticamente significativas para $p \leq 0,05$. Os valores obtidos para a relação Eu-Pai dos 1 aos 5 anos de idade (Gráfico 7) embora tendencialmente mais afastados no GONC, não permitem afirmar existem diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis: $\chi^2=2,327$; 2 gl; $p \leq 0,312$). O mesmo ocorre (Gráfico 8) para a faixa etária dos 6 aos 10 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,472$; 2 gl; $p \leq 0,176$).

Gráfico 7

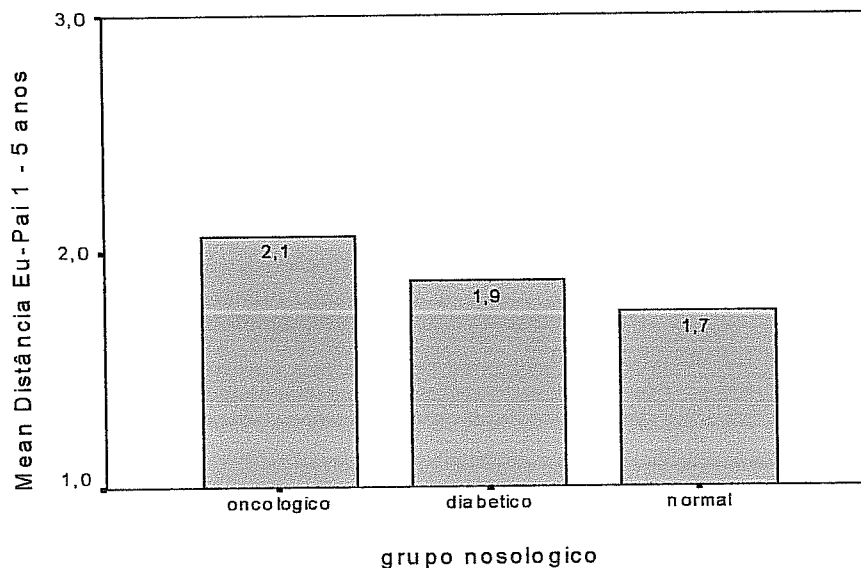
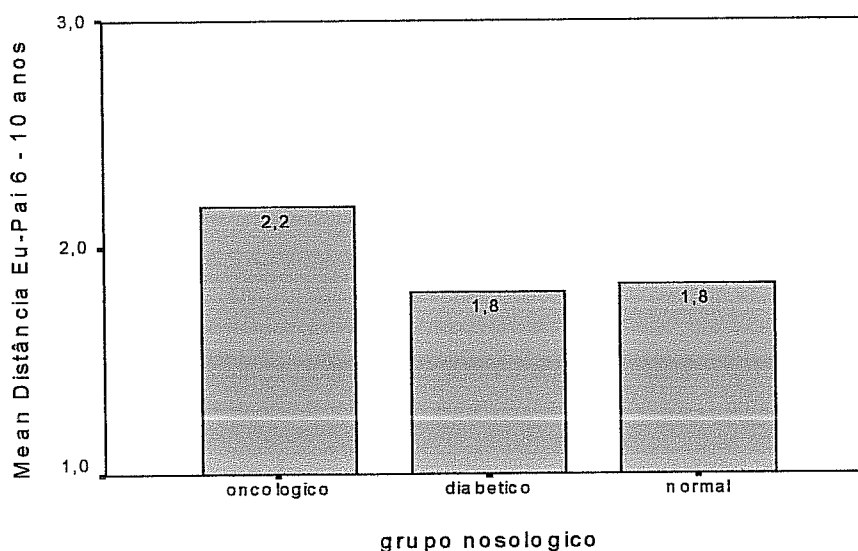


Gráfico 8



Para as faixas etárias a partir dos 11 anos os valores obtidos por intermédio da aplicação do teste de Kruskal-Wallis são os seguintes: dos 11 aos 15 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=9,583$, 2 gl; $p\leq 0,05$), dos 16 aos 20 anos (Kruskal-Wallis: $\chi^2=10,529$; 2 gl; $p\leq 0,05$) e na idade actual (Kruskal-Wallis: $\chi^2=8,367$; 2 gl; $p\leq 0,05$).

Os valores obtidos encontram-se expostos, respectivamente no Gráfico 9, Gráfico 10 e Gráfico 11.

Gráfico 9

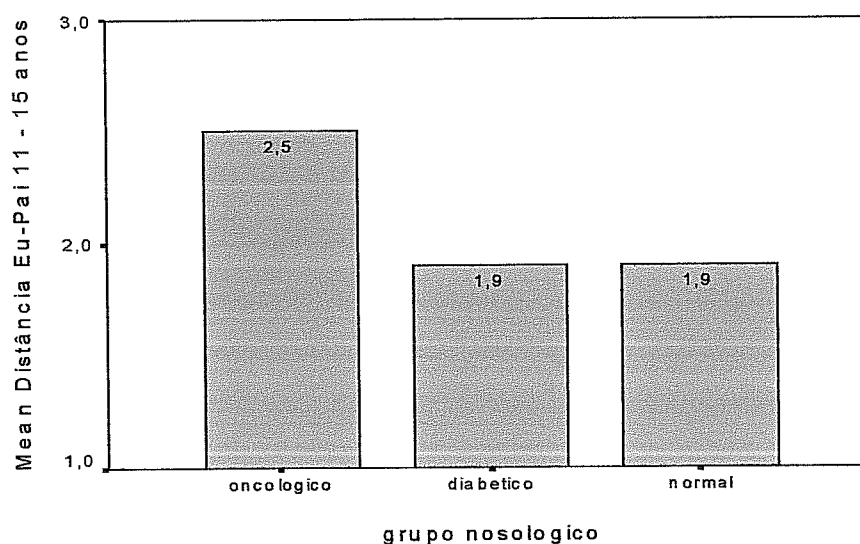


Gráfico 10

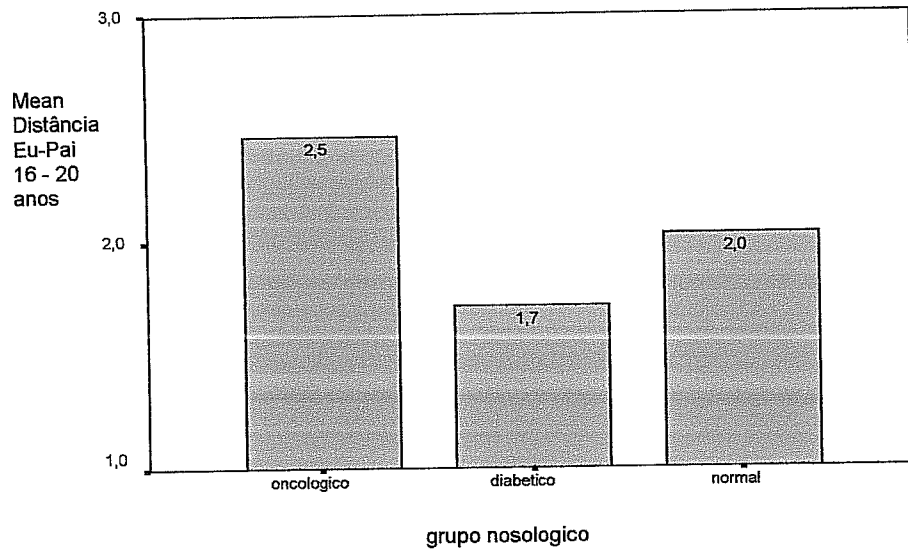
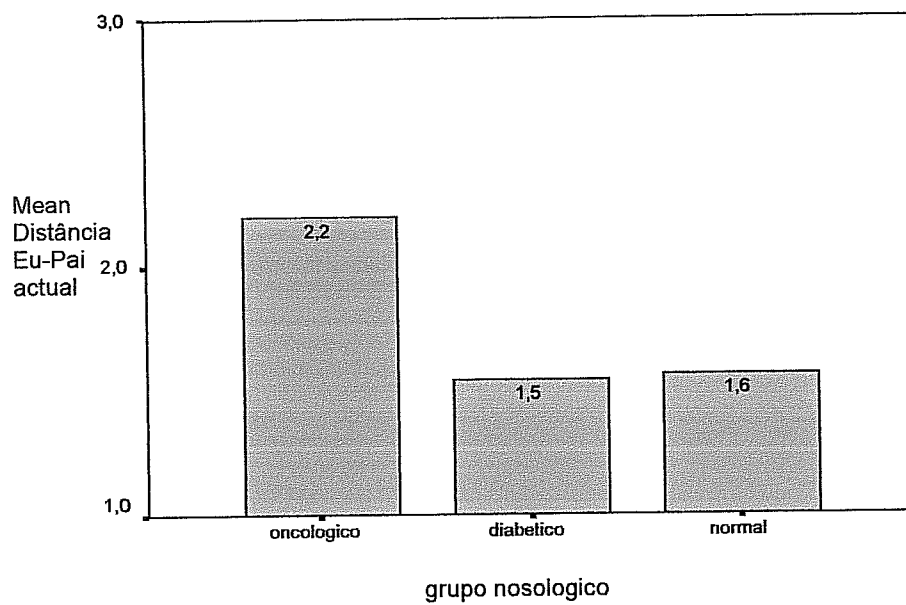


Gráfico 11



Em todas as situações observadas nos gráficos, os sujeitos oncológicos avaliaram a relação com o seu pai como sendo em média mais distante por comparação com os restantes grupos de comparação.

Discussão Específica: O maior afastamento relacional com os pais parece constituir uma invariante nos sujeitos oncológicos a partir da adolescência e daí em diante. Durante os dois períodos etários a que corresponde a infância, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o GONC, o GDIA e o GNORM, que permitam confirmar a existência de um padrão de maior afastamento relacional percebido, presente desde a infância, o que em parte infirma a teoria de que o afastamento relacional seria sentido desde a infância (Bahnsen, 1984). Porém, da observação dos gráficos obtidos relativos às faixas etárias do 1 aos 5 anos de idade e dos 6 aos 10 anos de idade, respeitantes quer ao pai quer à mãe, parece-nos existir uma tendência para que os valores médios de afastamento relacional sejam sempre relativamente superiores aos dos obtidos pelo GDIA e pelo GNORM.

Relativamente ao maior afastamento relacional percebido pelo GONC, a partir da adolescência e durante a vida adulta, o padrão que se verificou, não corresponde ao padrão relacional observado em populações saudáveis, no estudo de Pipp et al (1985). Segundo estes autores, o padrão relacional percebido com ambos os pais, tenderia a ser mais próximo durante as duas faixas etárias correspondentes à infância precoce e à infância, durante a idade escolar; durante o início da adolescência e final da mesma existiria um maior afastamento relacional percebido pelos sujeitos e finalmente o relacionamento na idade actual apresentaria sempre uma maior proximidade relacional acompanhada por sentimentos de maior afeição, semelhante à das primeiras faixas etárias (Pipp et al, 1985). No GONC, o afastamento relacional característico das fases de maior autonomização da adolescência, surge com muito maior peso do que nos restantes grupos, e mantém-se constante até à idade actual.

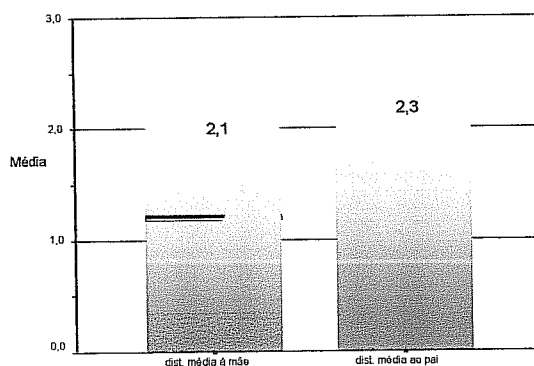
Apesar de não se ter confirmado a hipótese de que existiria um afastamento relacional mais acentuado no GONC, em todas as faixas etárias consideradas pelo DCRF,

confirmamos parcialmente a hipótese de que existe um padrão relacional de maior afastamento percebido, patente a partir do início da adolescência e em toda a vida adulta dos indivíduos. O facto de existir uma tendência para um maior afastamento percebido durante a infância, embora não significativo, pode ser interpretado em parte pelo facto de poder existir alguma idealização das relações estabelecidas com os pais durante a infância (Pipp et al, 1985), algo que nos parece ter-se verificado no momento em que foi pedido aos sujeitos, no QDP, que classificassem o tipo de atitudes apresentadas pelos pais durante a infância (ver resultados relativos à hipótese 7 (I)).

Hipótese 4 (I) - A relação com a mãe é percebida pelo GONC como sendo mais afastada do que a com o pai para todas as faixa etárias.

Com o intuito de estudar eventuais diferenças na proximidade relacional com a mãe por comparação com o pai **apenas no GONC**, aplicámos um teste de ordens Wilcoxon sobre o diferencial entre a distância média ao pai e à mãe. Os resultados encontrados (Wilcoxon; $Z=-1,77$; $p\leq 0,77$) permitem afirmar não existirem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à proximidade relacional com a mãe e com o pai para os sujeitos oncológicos ao longo das diferentes faixas etárias, como é possível observar no Gráfico 12.

Gráfico 12



Discussão Específica: Este estudo corrobora os resultados encontrados por Bahnson (1970) segundo os quais os sujeitos oncológicos tenderiam a perceber a relação com ambos os pais como mais afastada. No entanto, infirma parcialmente a hipótese de que nos sujeitos oncológicos seria a relação com a mãe, em particular, a caracterizada por maior negligência, frieza e conseqüente afastamento emocional.

Através destes resultados do DCRF, podemos constatar que o distanciamento relacional percebido, não difere em função do sexo do progenitor .

Hipótese 5 (I) - O afastamento relacional à mãe e ao pai é percebido de forma diferente pelos indivíduos de sexo feminino e masculino do GONC.

Com o intuito de investigar a validade da generalização das conclusões anteriores para ambos os sexos, procurámos verificar se os resultados obtidos se mantinham para os sujeitos oncológicos do sexo feminino por comparação com os do sexo masculino. Os resultados encontrados permitem afirmar que existe uma diferença significativa no distanciamento relacional percebido com a mãe e com o pai para os sujeitos oncológicos do sexo feminino (WILCOXON; $Z=-2,579$; $p\leq 0,05$) (Gráfico 13). O mesmo não se verificou para os respondentes do sexo masculino do GONC (Wilcoxon, $Z=-1,576$; $p\leq 0,115$), que não apresentaram diferenças significativas na proximidade relacional sentida com a mãe por comparação com a percebida com o pai (Gráfico 14).

Verificou-se desta forma, que as mulheres oncológicas do GONC, tendem a perceber a relação com o pai como sendo mais distante do que a estabelecida com a mãe.

Gráfico 13

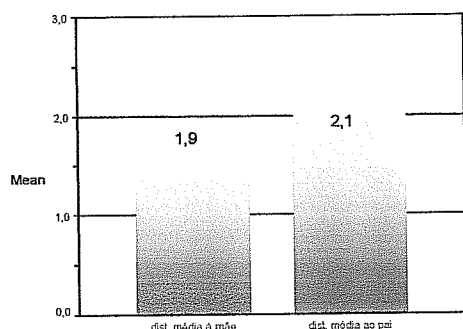
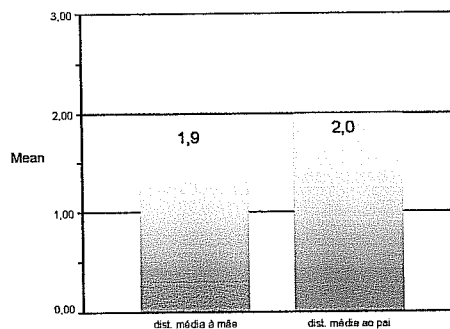


Gráfico 14



Discussão Específica: Através destes resultados do DCRF, podemos constatar que o distanciamento relacional percebido, difere em função do sexo do progenitor apenas para os sujeitos do sexo feminino. No entanto o sentido da diferença encontrada, vai novamente infirmar a hipótese anterior de que seria o relacionamento com a mãe o percebido pelos sujeitos como mais afastado (Bahnsen, 1984), uma vez que nas mulheres do GONC, é o relacionamento com o pai, o percebido como mais afastado.

Hipótese 6 (I) - O ambiente familiar do GONC caracteriza-se por menor incidência de casais parentais ajustados face aos restantes grupos.

Procurando verificar se o maior grau de afastamento sentido em relação a ambos os pais está relacionado com a qualidade percebida da relação parental, estudámos os três grupos GONC, GDIA e GNORM, com o propósito de verificar se existem diferenças quanto à percepção do ajustamento ou desajustamento parental (traduzido em conflitos frequentes, separação ou divórcio) entre os pais.

Para ir ao encontro deste objectivo foi aplicado um teste estatístico de Kruskal-Wallis ($\chi^2=2,789$; 2 g.l.; $p\leq 0,248$), que demonstra não existirem diferenças significativas entre os grupos considerados quanto a esta variável.

Discussão Específica: A análise dos resultados relativos a esta hipótese, permite constatar que as relações conjugais dos pais dos sujeitos oncológicos (GONC) não diferem face às dos restantes grupos quanto ao grau de ajustamento percebido. Porém, é central considerarmos, tal como Sami-Ali (1990) que a existir uma tendência para a negação do conflito, os resultados encontrados deverão ser interpretados com cautela, isto é: não podemos concluir que ausência de expressão do conflito familiar corresponda efectivamente à própria ausência de conflito familiar.

<p>Hipótese 7 (I) - O GONC manifesta percepções mais negativas, acerca das atitudes educativas dos pais, do que o GDIA e o GNORM</p>

Para estudar as diferenças entre o GONC, o GDIA e o GNORM quanto à percepção das atitudes dos pais durante a infância, aplicámos o teste de Kruskal-Wallis.

Os resultados encontrados estão expostos no Quadro 4.

Quadro 4: Atitudes Parentais Durante a Infância

		Carinho, meiguice ou permissividade	Disciplina suave	Frieza, indiferença ou neutralidade	Autoritarismo, rigidez ou excessiva exigência	Punição e criticismo	Agressão e hostilidade
Atitude do Pai	χ^2	1,806	1,965	0,417	4,088	10,24	4,324
	g.l.	2	2	2	2	2	2
	p	0,405	0,374	0,812	0,130	0,006*	0,115
Atitude da Mãe	χ^2	1,225	1,743	2,000	2,163	1,011	2,000
	g.l.	2	2	2	2	2	2
	p	0,542	0,418	0,368	0,339	0,603	0,368

* $p \leq 0,05$

Da análise dos resultados verificamos que apenas a atitude punitiva e muito crítica por parte do pai permite diferenciar os grupos GONC, GDIA e GNORM (Kruskal-Wallis; $\chi^2=10,24$; 2 g.l.; $p \leq 0,05$). Os gráficos elaborados (Gráfico 15 e Gráfico 16) permitem visualizar o perfil de atitudes parentais na infância atribuídas por cada grupo (GONC, GDIA e GNORM

Gráfico 15

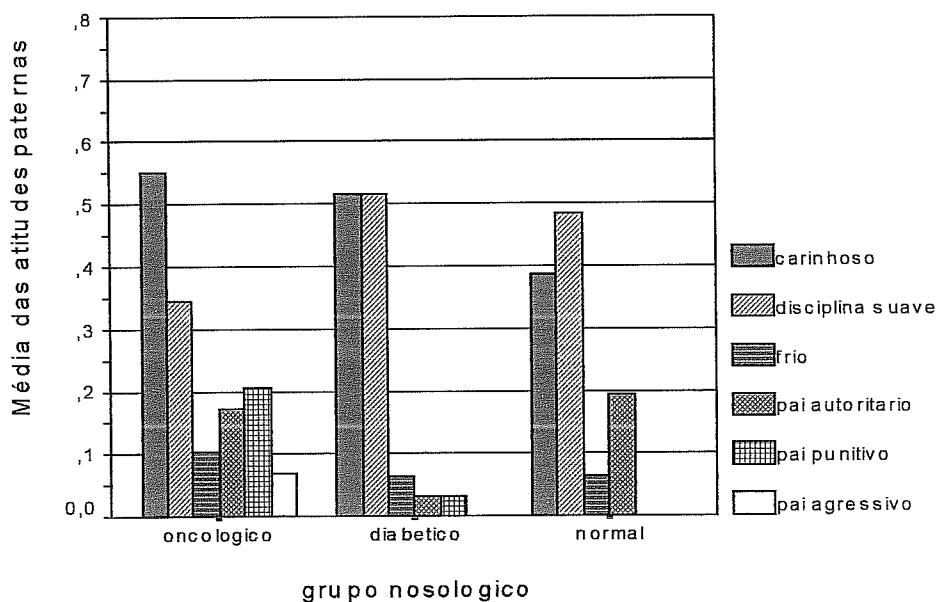
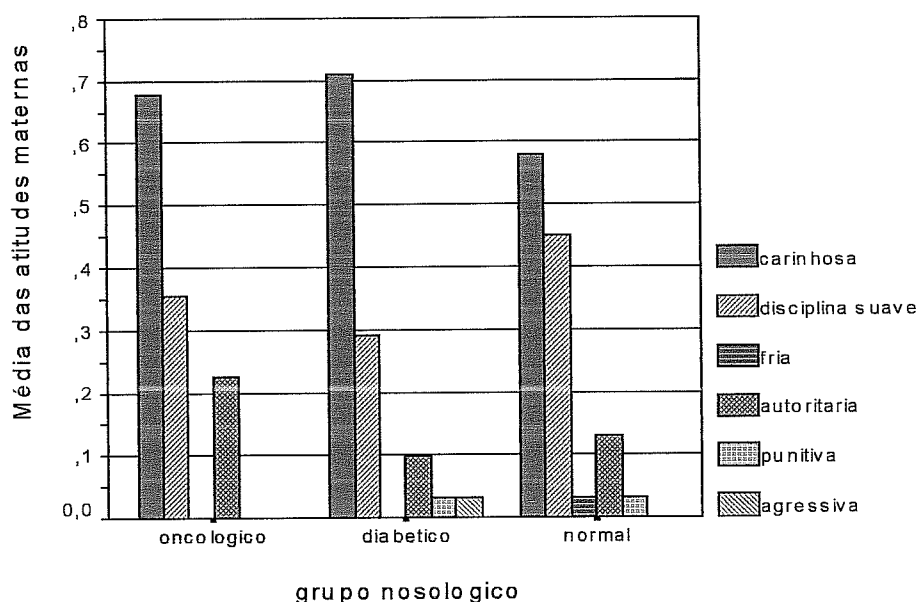


Gráfico 16



Pelo observado podemos afirmar que é o GONC, que contribui para que a atitude paterna punitiva e muito crítica seja diferenciadora entre os três grupos.

Procurando aprofundar estes resultados, analisámos globalmente as atitudes parentais, comparando as que expressam um afecto negativo (atitude fria, indiferente ou neutra; autoritária, rígida ou muito exigente; punitiva e muito crítica e por último, agressiva e hostil) com as que expressam um afecto positivo (atitude carinhosa, meiga e permissiva e de disciplina suave). Esta comparação foi realizada para verificar se existe maior prevalência de atitudes parentais avaliadas negativamente no GONC, por comparação com o GDIA e o GNORM. Para tal, procedemos à aplicação de um teste estatístico de Kruskal-Wallis para os dados agregados por tipo de atitude parental.

Os resultados encontrados figuram no Quadro 5.

Quadro 5: Atitudes Parentais Agrupadas

	atitudes positivas do pai	atitudes negativas do pai	atitudes positivas da mãe	atitudes negativas da mãe
χ^2	1,654	5,833	0,101	1,723
g.l.	2	2	2	2
p	0,437	0,054	0,951	0,423

Os resultados encontrados permitem concluir que os grupos considerados não diferem significativamente quanto à positividade ou negatividade global das atitudes parentais percebidas, quer para o pai (positividade: Kruskal-Wallis; $\chi^2=1,654$; 2 g.l.; $p\leq 0,437$ e negatividade: Kruskal-Wallis; $\chi^2=5,833$; 2 g.l.; $p\leq 0,054$), quer para a mãe (positividade: Kruskal-Wallis; $\chi^2=0,101$; 2 g.l.; $p\leq 0,951$ e negatividade: Kruskal-Wallis; $\chi^2=1,723$; 2 g.l.; $p\leq 0,423$).

Discussão Específica: Os resultados encontrados referentes à valência das atitudes parentais percebidas infirmam a hipótese 6 (I), segundo a qual o GONC atribui com maior frequência atitudes negativas aos pais durante a infância, não se replicando os resultados obtidos por Bahnson (1970).

Porém, quando analisamos individualmente as diferentes atitudes parentais na infância (“carinho, meiguice e permissividade”, “Disciplina suave”, “frieza, indiferença ou neutralidade”, Autoritarismo, rigidez ou excesso de exigência; “Punitividade e criticismo” e “Agressividade e hostilidade”), encontramos diferenças significativas no sentido proposto por Bahnson (1970, 1984), mas apenas para a atitude paterna de “punição e criticismo” .

Podemos assim afirmar que, relativamente às atitudes parentais percebidas durante a infância, os sujeitos oncológicos tendem a atribuir ao pai, atitudes mais punitivas e críticas do que os restantes sujeitos de comparação (GONC e GDIA).

III) – Resultados relativos à Personalidade

Hipótese 1 (II) - No GONC existe um núcleo de dificuldades relacionais, que o diferencia do GNORM sendo caracterizado por: evitamento do conflito, receio de desiludir os outros, dificuldade em dizer 'não' e dificuldade em expressar os sentimentos.

Estudámos as diferenças entre o GONC, o GDIA e o GNORM quanto à percepção das dificuldades sentidas no relacionamento com a sua família e amigos. Procurando a existência de um agrupamento específico de dificuldades para o GONC, procedemos à aplicação de um teste U de Mann-Whitney para comparação do GONC com o GNORM, e encontramos os seguintes resultados, expressos na Tabela 1.

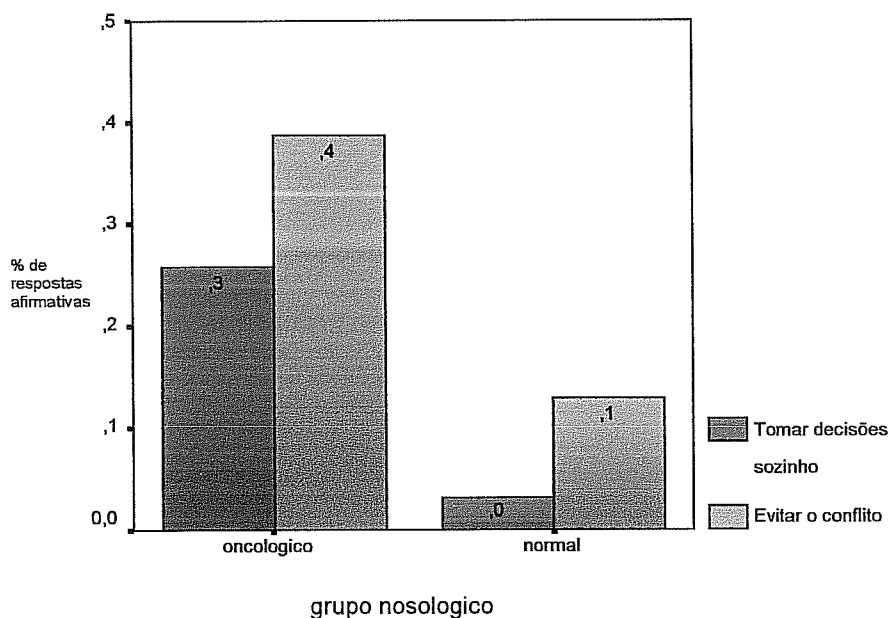
Tabela 1 – Dificuldades Relacionais Percebidas

GONC vs GNORM			
Dificuldade relacional	U- de Mann-Whitney	Z	p
Expressar sentimentos	449,5	- 0,539	n.s.
Receio de desiludir	434,0	- 0,847	n.s.
Tomar decisões sozinho	372,0	- 2,503	0,012
Dif. em enfrentar o conflito	356,5	- 2,303	0,021
Dizer 'não'	434,0	- 0,762	n.s.
Receio de ser rejeitado	449,5	- 0,752	n.s.
Dif. por ser demasiado dependente	434,0	- 1,388	n.s.
Dif. por ser demasiado independente	434,0	- 1,388	n.s.
Dif. em ter personalidade própria	449,5	- 0,685	n.s.

Encontramos assim entre o GONC e o GNORM diferenças significativas quanto à dificuldade em tomar decisões sozinho (U-Mann-Whitney = 372; Z= -2,503; $p \leq 0,05$) e à dificuldade em enfrentar o conflito (U-Mann-Whitney = 356,5; Z= -2,303; $p \leq 0,05$).

Invariavelmente, os sujeitos oncológicos apresentaram maior frequência sentida de dificuldades relacionais, quer em tomar decisões sozinho quer em enfrentar o conflito conforme expressa o Gráfico 17.

Gráfico 17



Hipótese 2 (II) - No GDIA existe um núcleo de dificuldades relacionais, que o diferencia do GNORM, caracterizado por: excessiva dependência, dificuldades em tomar decisões sozinho e dificuldades em ter uma personalidade própria.

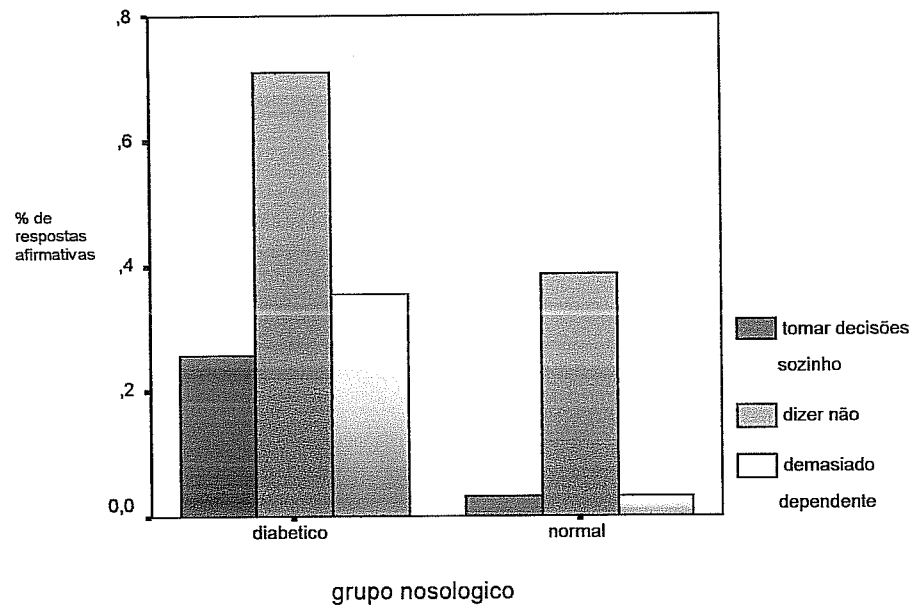
No sentido de averiguar a existência de um núcleo de dificuldades relacionais característica do GDIA, replicámos o mesmo procedimento para comparação do GDIA com o GNORM e encontrámos os seguintes resultados expressos na Tabela 2.

Tabela 2– Dificuldades Relacionais Percebidas

GDIA vs GNORM			
Dificuldade relacional	U- de Mann-Whitney	Z	P
Expressar sentimentos	449,5	- 0,576	n.s.
Receio de desiludir	480,5	0,000	n.s.
Tomar decisões sozinho	372,0	- 2,503	0,012
Dif. por evitar o conflito	465,0	- 0,358	n.s.
Dizer ‘não’	325,5	- 2,531	0,011
Receio de ser rejeitado	449,5	- 0,752	n.s.
Dif. por ser demasiado dependente	325,5	- 3,189	0,001
Dif. por ser demasiado independente	449,5	- 0,852	n.s.
Dif. em ter personalidade própria	449,5	- 0,685	n.s.

Da comparação entre o GDIA e o GNORM, encontramos diferenças significativas quanto à dificuldade em tomar decisões sozinho (U-Mann-Whitney = 372; Z= -2,503; $p \leq 0,05$), à dificuldade em dizer ‘não’ (U-Mann-Whitney = 325,5; Z= -2,531; $p \leq 0,05$) e à dificuldade por ser demasiado dependente dos outros (U-Mann-Whitney = 325,5; Z= -3,189; $p \leq 0,05$). Invariavelmente, os sujeitos do GDIA apresentaram maior frequência sentida de dificuldades em tomar decisões sozinhos, em dizer ‘não’ e por serem demasiado dependentes dos outros, conforme expressa o Gráfico 18.

Gráfico 18



Por último, comparámos o GONC com o GDIA quanto às variáveis consideradas diferenciadoras entre cada um destes grupos e o GNORM, ou seja, quanto à dificuldade em tomar decisões sozinho, dificuldade por evitar o conflito, dificuldade em dizer 'não' e dificuldade por ser demasiado dependente dos outros. O objectivo foi o de verificar, quais as dificuldade relacionais, que após a comparação destes dois grupos (GONC e GDIA), ainda permitem diferenciar o GONC.

Os resultados encontrados apresentam-se na Tabela 3.

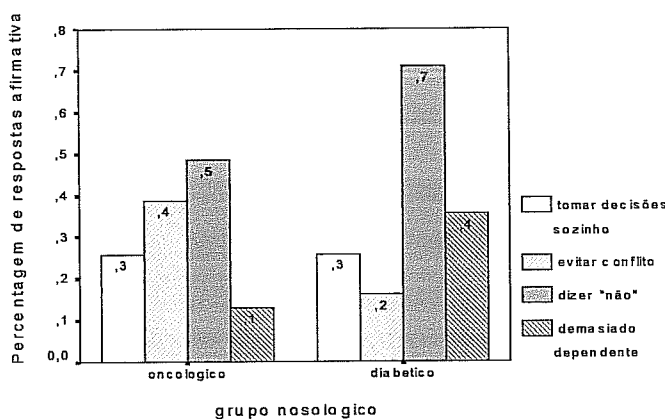
Tabela 3 – Dificuldades Relacionais Sentidas

GONC vs GDIA			
Dificuldade relacional	U- de Mann-Whitney	Z	P
Tomar decisões sozinho	480,5	- 0,000	1,000
Dif. por evitar o conflito	372,0	- 1,977	0,048
Dizer 'não'	372,0	- 1,798	0,072
Dif. por ser demasiado dependente	372,0	- 2,059	0,039

Encontramos assim entre o GONC e o GDIA diferenças significativas quanto à dificuldade em enfrentar o conflito (U-Mann-Whitney = 372,0; Z= -1,977; $p \leq 0,05$) e por ser demasiado dependente dos outros (U-Mann-Whitney = 372,0; Z= -2,059; $p \leq 0,05$).

Decorre ainda da análise da Tabela 3 e do gráfico 20, abaixo exposto, uma igualdade rigorosa quanto à dificuldade em tomar decisões sozinho (U-Mann-Whitney = 480,5; Z = 0,000; $p \leq 1,000$) e uma maior frequência de respostas afirmativas nos sujeitos diabéticos (GDIA) quanto à dificuldade em dizer “não”. Note-se, porém, que esta diferença apenas pode ser considerada, na melhor das hipóteses tendencial, pois o teste U de Mann-Whitney não permite diferenciar estatisticamente ambos os grupos quanto a esta dificuldade relacional (U-Mann-Whitney = 372,0; Z = -1,798; $p \leq 0,072$). Relativamente aos resultados com diferenças significativas, observamos no gráfico CAPut!, que são os sujeitos oncológicos (GONC) a apresentar maior frequência da dificuldade em “enfrentar o conflito”, enquanto que os sujeitos diabéticos (GDIA) apresentam maior dificuldade por serem “demasiado dependentes dos outros”.

Gráfico CAPut!



Discussão Específica dos resultados referentes à hipótese 1 (II) e hipótese 2 (II):

De acordo com os autores Hagnell (1966), Redd e Jacobsen (1988), Temoshok (1987, cit. p. Andreu, 1998), Contrada (1990, cit. p. Andreu, 1998) e Sami-Ali (1992) entre outros, seria expectável encontrar no grupo oncológico (GONC), um núcleo de dificuldades relacionais sobretudo caracterizado por: evitamento do conflito, receio de desiludir os outros, dificuldade em dizer 'não' e dificuldade em expressar sentimentos, diferenciando-se desta forma dos restantes grupos (GDIA e GNORM).

Da análise dos resultados encontrados podemos corroborar apenas a existência no GONC, da dificuldade relacional em enfrentar o conflito (evitamento do conflito). Os resultados permitem assim corroborar parcialmente a hipótese 1 (I), deste estudo. Também foi possível diferenciar o GONC do GNORM relativamente à dificuldade em tomar decisões sozinho, tendo os sujeitos oncológicos apresentado com maior frequência esta dificuldade. Esta última dificuldade parece-nos, tal como proposto por Taylor e Aspinwall (1996), poder decorrer do próprio processo de doença crónica instalado nos indivíduos.

Quanto ao grupo diabético (GDIA) e de acordo com os autores Mirsky (1948, cit. p. Meissner, 1977), Minuchin (1975) e Wertlieb et al (1996), entre outros, seria

expectável encontrar um núcleo de dificuldades relacionais caracterizado por excessiva dependência e dificuldade em tomar decisões sozinho. Da análise dos resultados encontrados podemos corroborar totalmente esta hipótese (hipótese 2 (II)).

Porém, foi encontrada adicionalmente uma diferença entre o GDIA e o GNORM quanto à dificuldade em dizer “não” a qual surge com maior frequência no GDIA.

Perante estes resultados, procuramos averiguar em que medida se podiam atribuir as diferenças encontradas a uma invariante antecedente da doença – e que portanto poderia ser considerada factor propiciador da mesma – ou a factores decorrentes da doença – quer o seu carácter crónico, quer de alterações específicas ao nível orgânico atribuíveis à evolução da doença ou ao seu tratamento .

Esclarecer esta dúvida passou pela comparação entre o GONC e o GDIA. Porém, mantendo sempre presente que estes grupos diferem significativamente quanto à variável “Idade” .

Desta forma , a variável “dificuldade em tomar decisões sozinho” não diferiu nos dois grupos (GONC e GDIA) e parece-nos que tal poderá decorrer do facto de corresponderem ambos a doenças crónicas (Taylor & Aspinwall 1996). Também se poderá atribuir este resultado à própria situação clínica em que se encontram os pacientes, uma vez que, quer na diabetes tipo I quer no cancro há uma forte regulação externa – por parte do médico ou da família – dos tratamentos, actividades e ritmos de vida dos sujeitos.

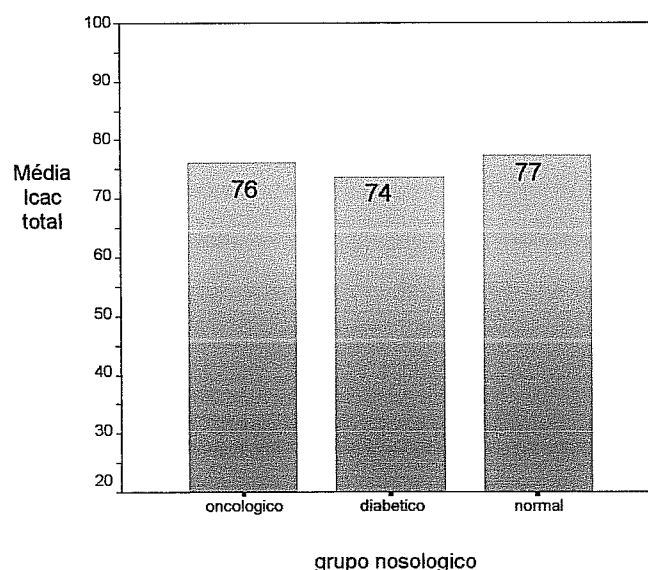
Também a variável “dificuldade em dizer não” apresenta valores similares para ambos os grupos. Porém, distintamente do que ocorreu com a variável “dificuldade em tomar decisões sozinho”) esta permite diferenciar o GDIA do GNORM mas não do GONC. Tal vem acrescentar o eventual papel que a cronicidade das doenças possa representar, na modulação do estilo de relacionamento interpessoal.

No caso específico do GDIA há uma situação inequívoca de doença crónica com início na infância e adolescência. Já na presente amostra de doentes oncológicos (GONC) nenhum dos sujeitos havia manifestado um diagnóstico clínico de cancro anterior aos 20 anos de idade, tendo a maioria sido diagnosticada entre os 40 e os 55 anos. Desta forma parece-nos que embora a situação crónica seja comum a ambas as doenças apresenta-se particularmente acentuada no grupo diabético (GDIA) e daí poder apresentar maior número de dificuldades associadas.

Hipótese 3 (II): O valor total do auto-conceito apresenta-se inferior no GONC e no GDIA, por comparação com o GNORM.

Procurámos verificar se existem diferenças entre os grupos considerados quanto ao auto-conceito, utilizando o instrumento Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1985) diferenciando quatro factores componentes: aceitação social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade. Os resultados obtidos permitem concluir que, os grupos em estudo não diferem quanto à medida global do auto-conceito (Kruskal-Wallis; $\chi^2 = 1,577$; 2 g.l.; $p \leq 0,454$). Os resultados médios obtidos pelos três grupos sob estudo para a medida global do auto-conceito são os expressos no Gráfico 20.

Gráfico 20



Assim, verificou-se que todos os grupos (GONC, GDIA e GNORM) apresentaram valores de auto-conceito acima da média (média= 68).

Hipótese 4 (II): O GONC e o GDIA, apresentam valores de auto-eficácia e maturidade psicológica, inferiores ao GNORM e o GONC apresenta resultados mais elevados no factor de aceitação-social, do que o GDIA e o GNORM.

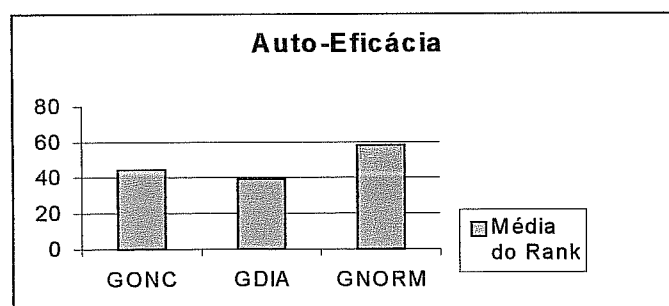
Quando consideramos isoladamente os quatro factores do auto-conceito encontramos, após a aplicação de um teste de Kruskal-Wallis, os seguintes resultados expressos na Tabela 4 :

Tabela 4: Factores do ICAC

	χ^2	g.l.	p
Aceitação Social	1,319	2	0,517
Auto-Eficácia	8,088	2	0,018
Maturidade Psicológica	0,286	2	0,867
Impulsividade	1,910	2	0,385

Apenas para o factor 2 (Auto-Eficácia) foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Kruskal-Wallis; $\chi^2=8,088$; 2 g.l.; $p\leq 0,05$) mais especificamente entre o GDIA e o GNORM (U Mann Whitney = 285,5; $Z= -2,759$; $p\leq 0,006$) já que entre o GONC e o GNORM a diferença, face ao nível de significância adoptado, não pode ser considerada significativa (U Mann Whitney = 343; $Z= -1,947$; $p\leq 0,052$). O sentido da diferença encontra-se expresso no Gráfico 21.

Gráfico 21



Discussão Específica: Este estudo não corroborou os resultados encontrados por Bahnson (1984) e Taylor e Aspinwall (1996) quanto à medida global do auto-conceito dos sujeitos oncológicos (GONC) e diabéticos (GDIA). Parece igualmente importante sublinhar que o nível médio dos resultados obtidos na medida global do auto-conceito apresenta-se na metade superior da escala do ICAC, ou seja, em média os sujeitos avaliados neste estudo apresentam um auto-conceito global acima da média, diferindo do que seria expectável.

No que respeita a auto-eficácia, foram encontrados resultados significativamente diferentes apenas entre o GDIA e o GNORM. No GONC, todos os resultados obtidos ao nível dos factores do auto-conceito foram no sentido da não diferenciação em relação ao GNORM. Não foram, da mesma forma, encontradas quaisquer diferenças no que respeita ao factor de maturidade psicológica, apontado na literatura como frequentemente associado às doenças do âmbito da Psicossomática.

Nota Adicional

Procurando verificar como é que o núcleo de dificuldades encontrado para cada grupo se relaciona com os valores obtidos para os factores do auto-conceito diferenciadores (a auto-eficácia), procedemos à correlação estatística ρ de Spearman que consta da Tabela 5 e que considera todos os grupos em estudo em simultâneo.

Tabela 5: Matriz de correlação entre Núcleo de Dificuldades Relacionais e Factores do ICAC

	Tomar decisões só	Evitar conflito	Dizer 'não'	Demasiado dependente	Auto-eficácia
Tomar decisões só	1,000				
Evitar conflito	,477**	1,000			
Dizer 'não'	,225*	n.s.	1,000		
Demasiado dependente	,448**	n.s.	n.s.	1,000	
Auto-eficácia	-,342**	n.s.	-,211*	n.s.	1,000

** p<0,01 * p<0,05 bi-caudal

Da análise da matriz de correlações identificamos correlações significativas sobretudo entre a dificuldade em tomar decisões sozinho e os restantes itens sujeitos a análise. Todas estas correlações apresentaram valores no sentido esperado, sendo positivos intra-dificuldades (isto é: quando um sujeito relata como dificuldade o 'tomar decisões sozinho' espera-se que relate, igualmente, outras dificuldades, nomeadamente o evitamento do conflito, a dificuldade em dizer 'não' e o considerar-se demasiado dependente dos outros) e negativos entre as dificuldades e a Auto-Eficácia.

Discussão Específica: A associação de resultados entre as dificuldades relacionais diferenciadoras e a auto-eficácia permite-nos identificar uma relação consistente entre as dificuldades relatadas e o grau de auto-eficácia percebido pelos sujeitos.

Hipótese 5 (II): Encontra-se maior incidência de doenças infantis tradutoras de vulnerabilidade psicossomática, no GONC, por comparação com os restantes grupos.

Com o intuito de averiguar se a incidência de doenças na infância – tradutoras de vulnerabilidade psicossomática (Strecht, 1998) - difere entre os grupos em estudo aplicámos um teste do χ^2 de Pearson.

Os resultados obtidos da comparação do GONC com o GNORM permitem-nos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às doenças de infância tradutoras de vulnerabilidade psicossomática, excepto para as cólicas abdominais ($\chi^2=7,631$; 2 g.l.; $p \leq 0,05$).

Os resultados obtidos da comparação do GDIA com o GNORM permitem-nos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas quanto às doenças de infância tradutoras de vulnerabilidade psicossomática.

Discussão Específica: Com base nas doenças infantis identificadas por Strecht (1998) como tradutoras de vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma patologia psicossomática replicámos parcialmente os resultados obtidos por este autor, mas apenas para a de cólicas abdominais e somente no GONC.

Segundo Kreisler (1981), as cólicas abdominais traduzem o desconforto e a ansiedade relacionais no bebé. Pretendendo descortinar se este sintoma precoce se poderá encontrar associado a valores elevados de ansiedade na vida adulta dos sujeitos oncológicos –tal como os encontrados neste estudo – procedemos à correlação estatística ρ de Spearman, cujo valor de 0,288, bi-caudal para um $p \leq 0,05$ foi considerado significativo. Este resultado poderá fortalecer o pressuposto de Kreisler(1981), de que é a ansiedade latente que gera as cólicas abdominais na infância

– não obstante a correlação estatística não nos permitir tecer considerações sobre a causalidade.

Outra interpretação remete-nos para o conceito de depressão *a priori* (Sami-Ali, 1992). Segundo este autor seria a ausência ou o empobrecimento da interação mãe-bebé, que estaria na origem de um conflito interno do bebé. A ausência de resposta materna adequada perante os pedidos de interação do bebé (como o choro ou o gesticular), gerariam na criança um conflito interno cuja única forma de resolução seria transformá-lo no sintoma físico da cólica abdominal, sendo esta última a expressão dramática do impasse relacional sentido (Sami-Ali, 1992).

Já uma interpretação de cariz sistémico (Strecht, 1998) atribuiria a este comportamento uma função de preservação de um laço relacional que se sente como precário. Assim, ao manifestar as cólicas abdominais, o bebé constituir-se-á como ‘paciente identificado’ que mais não é do que a expressão da disfunção do sistema familiar. A constituição deste tipo de sintoma patológico favorecerá a agregação do núcleo familiar em torno de si, permitindo que o sistema se preserve.

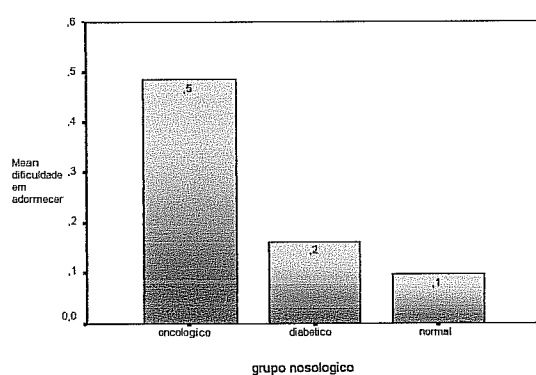
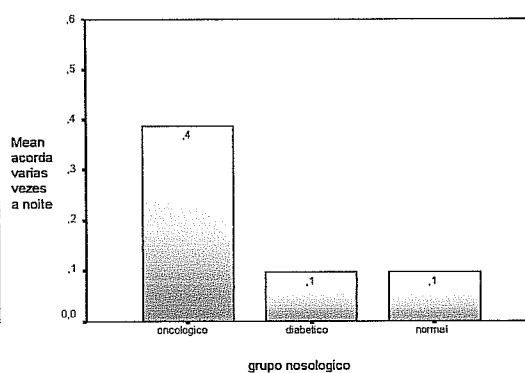
Hipótese 6 (II): O GONC e o GDIA, apresentam maior incidência de perturbações dos ritmos de sono, do que o GNORM

No sentido de averiguar se os resultados deste estudo corroboram os obtidos por Sami-Ali (1992) em como encontraríamos maior perturbação dos ritmos de sono nas perturbações de cariz psicossomático procedemos à aplicação de um teste estatístico de Kruskal-Wallis. Os resultados encontram-se expressos na Tabela 6.

Tabela 6

GONC, GDIA e GNORM			
Dificuldade do sono	χ^2	g. l.	P
Dificuldade em adormecer	14,325	2	0,001
Acordar cedo demais	2,325	2	n.s.
Sono muito agitado	2,681	2	n.s.
Não ter horas certas para adormecer	2,303	2	n.s.
Acordar várias vezes de noite	11,160	2	0,004

Com o intuito de verificar em que sentido se expressam as diferenças estatisticamente significativas encontradas entre os grupos procedemos à elaboração do Gráfico 22 e do Gráfico 23:

Gráfico 22**Gráfico 23**

Invariavelmente, é o GONC que expressa maior grau de perturbações do sono quanto à dificuldade em adormecer (insónia inicial) e ao acordar várias vezes durante a noite (insónia intermitente).

Da análise do gráfico 23, verificamos uma igualdade de valores para o GDIA e para o GNORM. Tal deveu-se simultaneamente a diferenças significativas ($p \leq 0,05$) para a

variável Insónia Intermitente (acordar várias vezes de noite) quer na díade GONC-GNORM (o que não implica cautelas adicionais na sua interpretação), quer na díade GONC-GDIA, o que já implica um comentário mais desenvolvido. De facto, constatámos a existência de uma diferença significativa entre a distribuição etária do GONC e a do GDIA que poderia justificar os resultados observados. Porém, ao correlacionarmos a variável Idade no GONC com a variável Insónia Intermitente, recorrendo ao ρ de Spearman, não encontramos associação estatisticamente significativa ($\rho = 0,342$; bicaudal, $p \leq 0,06$). Esta constatação, parece sustentar que a diferença encontrada entre o GONC e o GDIA respeitante à insónia intermitente, não se deve atribuir à diferença de idade entre os grupos, mas sim a um outra qualquer variável.

De acordo com Peretz (1998), a insónia inicial e a intermitente costumam ser observadas com mais frequência em doentes padecendo de perturbações médicas, em particular de cancro, por sofrerem de mais dores, que vão contribuir para a alteração do padrão de ondas cerebrais presente durante o sono, aumentando a sensibilidade e a facilidade em acordar. Segundo Peretz (1998), o sono é, igualmente, um barómetro preciso do estado mental dos sujeitos, respondendo rapidamente- com o aumento da vigília- a situações de tensão, à ansiedade e aos pensamentos preocupantes.

Igualmente associada à insónia dos doentes oncológicos encontra-se o paralelo entre a morte e o sono, que os faz temer o adormecer, com receio de já não acordarem vivos (Peretz, 1998).

Os resultados encontrados corroboraram assim, parcialmente, a hipótese 6 (II).

Nota Adicional

Procurando verificar se, tal como proposto por Peretz (1998), as perturbações de sono verificadas no GONC poderiam decorrer da vivência mais ansiosa dos eventos

circundantes, aplicamos um teste de correlação estatística de Spearman, entre as variáveis significativas para o sono e os valores obtidos na escala de ansiedade do HADS pelo GONC e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 7: Matriz de correlação entre perturbações do Sono e HADS

	Insónia inicial	Insónia intermitente	Ansiedade HADS
Insónia inicial	1,000		
Insónia intermitente	,385**	1,000	
Ansiedade HADS	,348**	,353**	1,000

** p<0,01 bi-caudal

Todas as correlações foram consideradas muito significativas e apresentam-se no sentido esperado, ou seja, quanto maior a incidência da perturbação do sono maior o grau de ansiedade manifestado, confirmando o proposto por Peretz (1998).

Hipótese 7 (II): O GONC e o GDIA relatam menor recordação dos sonhos do que o GNORM

Com o intuito de averiguar em que medida existem diferenças entre a capacidade de recordação das vivências oníricas entre os grupos estudados procedemos à aplicação de um teste estatístico de Kruskal-Wallis. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Kruskal-Wallis; $\chi^2= 0,142$; 2 g.l.; $p \leq 0,931$).

Discussão Específica: Os resultados obtidos não corroboram a hipótese de que nas doenças de cariz psicossomático consideradas existe menor lembrança do conteúdo onírico (Sami-Ali, 1997). Esta hipótese deriva igualmente da teoria proposta por Jouvett

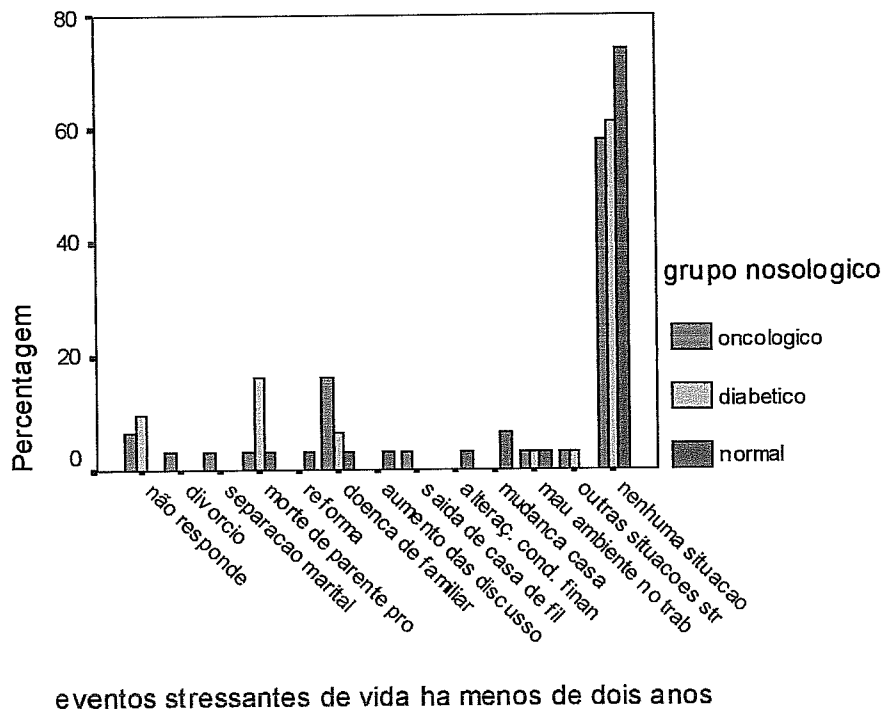
(1995), segundo a qual o sonho desempenharia um papel curativo do organismo, actuando como “válvula de segurança” (Jouvett, 1995: 134). Estudos posteriores poderão refinar o instrumento de medida diferenciando graus de lembrança mais finos, bem como tipos de conteúdos recordados e talvez assim seja possível chegar a resultados mais esclarecedores .

IV) Resultados relativos à Perda e à Depressão

Hipótese 1 (III): O GONC apresenta uma maior incidência de perdas e vivências stressantes por comparação com o GDIA e o GNORM

Relativamente aos dados referentes aos eventos stressantes de vida ocorridos há menos de dois anos (da data de aplicação do questionário) e referidos pelo GONC, GDIA e GNORM, não encontramos diferenças significativas (KWALLIS; $\chi^2=1,405$; 2 g.l.; $p \leq 0,495$) entre os três grupos. Os valores encontrados constam do Gráfico 24.

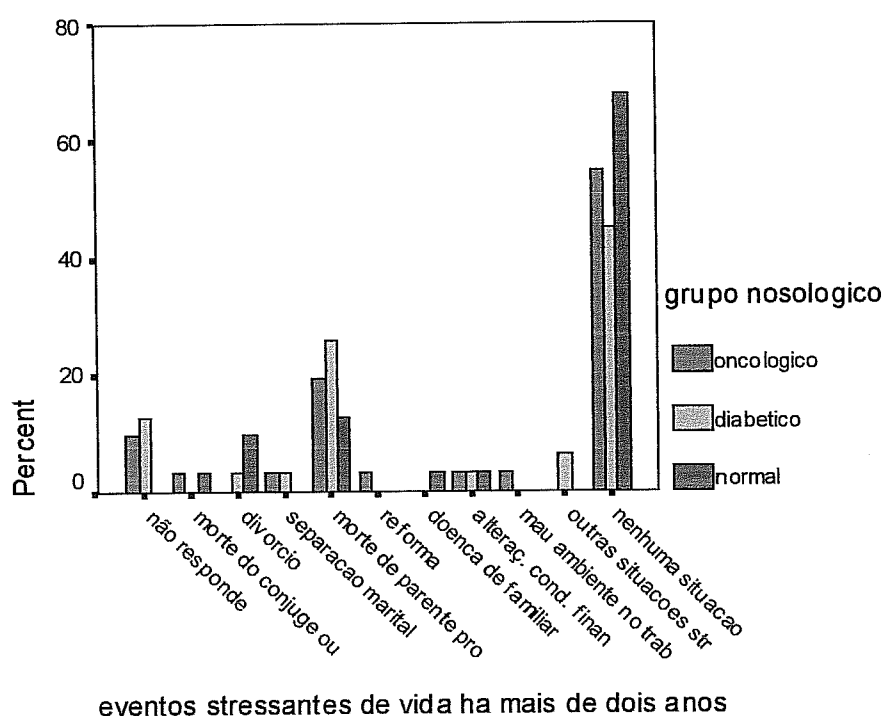
Gráfico 24



Relativamente aos dados referentes aos eventos stressantes de vida ocorridos há mais de dois anos (da data de aplicação do questionário) e referidos pelo GONC, GDIA e GNORM também não encontramos diferenças significativas (Kwallis; $\chi^2=0,773$; 2 g.l.; $p \leq 0,679$) entre os três grupos.

Os valores encontrados constam do Gráfico 25.

Gráfico 25



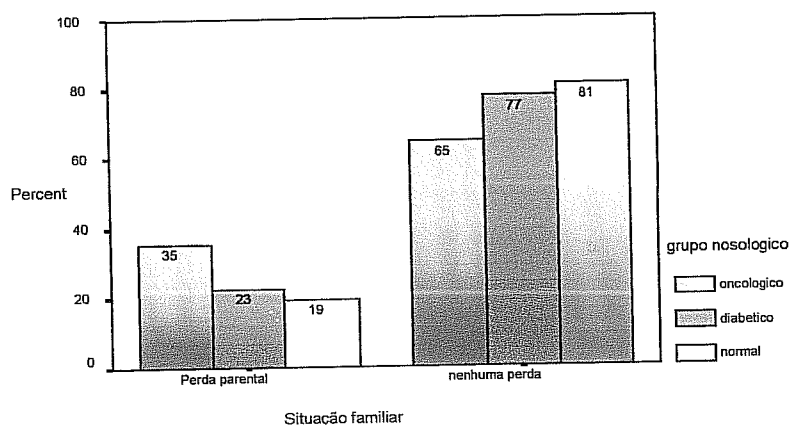
Discussão Específica: Os resultados obtidos infirmam a hipótese colocada, não replicando os resultados obtidos por inúmeros estudos nesta área, tais como os de Greene e Swisher (1969), Greene (1966), Schmale e Iker, 1964 (cit. p. Bahnson, 1984) entre muitos outros. Apesar das diferenças obtidas não se terem revelado significativas pensamos ser importante observar a tendência gráfica para que seja a variável doença de um familiar, uma das mais referidas pelo GONC, reportando-se aos acontecimentos de vida há menos de dois anos (possivelmente já após o diagnóstico) e a morte de um

familiar próximo a segunda mais referida para o período de vida ocorrido há mais de dois anos. De alguma forma, podemos pensar numa influência destes dois aspectos, ainda que não estatisticamente significativa. Não deixa igualmente de ser importante constatar que o segundo evento de vida com maior impacto, referido pelo GDIA, quer para o período de há mais de dois anos, quer para o de há menos de dois anos, é a morte de um familiar próximo, o que, enquanto simples tendência, deve ser interpretado com precaução, tal como as tendências observadas para o GONC.

Hipótese 2 (III): Encontra-se maior incidência de doenças graves ou mortes parentais na infância do GONC por comparação com os restantes grupos

Estudámos as diferenças entre o GONC, o GDIA e o GNORM, quanto à existência de perdas significativas durante a infância. Considerámos perda, qualquer evento que correspondesse à morte, doença grave ou ausência de um ou de ambos os pais, durante a infância. Da aplicação de um teste estatístico de χ^2 de Pearson podemos afirmar não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos considerados ($\chi^2 = 2,359$; 2 g.l.; $p \leq 0,307$). Porém, afigura-se-nos digno de nota, a tendência que o gráfico destes resultados (Gráfico 26) parece mostrar.

Gráfico 26



Estatisticamente, e no que se refere à hipótese da perda parental (morte, doença grave ou ausência) os grupos não diferem entre si quanto a estes incidentes de vida na infância.

Discussão Específica: Os resultados encontrados para os relatos de perdas parentais não corroboram os estudos de LeShan e Worthington (1956b), Greene (1966), entre outros. Porém da análise gráfica, relativamente à frequência de respostas por grupo, parece-nos existir uma tendência para que o número de situações de perda, relatadas pelos sujeitos oncológicos, seja superior ao dos diabéticos (GDIA) e dos normais (GNORM), tendo estes últimos a menor incidência deste tipo de perdas.

Não deixa de merecer nota, o facto de as teorias acerca da ligação entre perdas parentais na infância e desenvolvimento posterior de doença, surgirem com maior frequência em estudos sobre a patologia oncológica do que sobre a patologia diabética.

Apesar de tudo isto, tais diferenças podem ser aparentes já que estatisticamente não são consideradas significativas, podendo, assim, dever-se à idade dos sujeitos oncológicos ou a outros factores não imputáveis às situações clínicas.

Hipótese 3 (III): O GONC caracteriza-se pelos níveis elevados de depressão, por comparação com o GDIA e o GNORM (discutida posteriormente) *.

V)- Resultados relativos à Doença Crónica

Hipótese 1 (IV): O GONC e o GDIA manifestam graus de ansiedade mais elevados do que o GNORM, sendo no GONC que estes são os mais elevados (discutida posteriormente)*.

* Pelo facto de os resultados referentes a cada uma destas hipóteses derivarem do tratamento estatístico dos dados do mesmo instrumento (HADS), optámos por apresentar, em primeiro lugar o conjunto dos resultados, que de outra forma perderiam pormenores importantes, realizando seguidamente uma discussão específica relativa às implicações dos mesmos, para cada uma das hipóteses (Hipótese 3 (III) e Hipótese 1 (IV)).

Apresentação dos resultados do HADS

Com o intuito de verificar se existem diferenças entre os grupos em estudo para os níveis de ansiedade e depressão presentes no momento do levantamento de dados aplicámos um teste estatístico de Kruskal-Wallis sobre os resultados levantados pela aplicação do HADS. Para os valores globais do HADS foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (Kruskal-Wallis; $\chi^2= 8,489$; 2 g.l.; $p \leq 0,05$). Para a escala de depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis; $\chi^2= 2,119$; 2 g.l.; $p \leq 0,347$) e para a escala da ansiedade foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (Kruskal-Wallis; $\chi^2= 10,987$; 2 g.l.; $p \leq 0,05$). Os gráficos 27, 28 e 29, ilustram o sentido das diferenças.

Gráfico 27

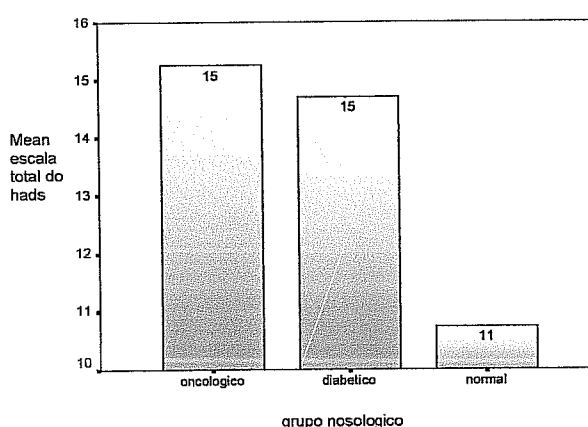


Gráfico 28

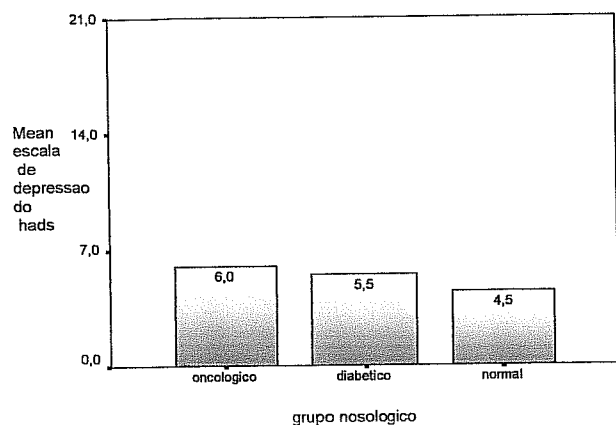
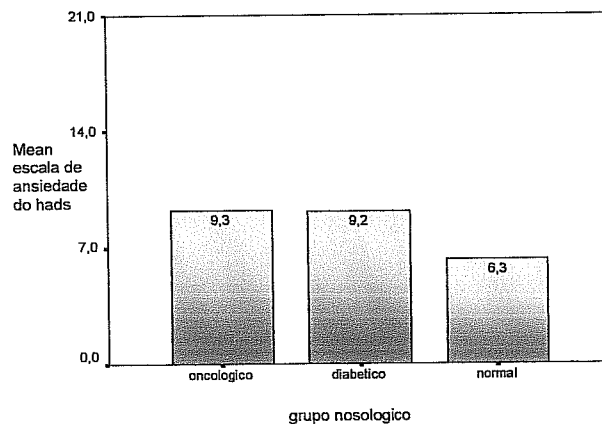


Gráfico 29



Hipótese 3 (III): O GONC caracteriza-se pelos níveis elevados de depressão, por comparação com o GDIA e o GNORM

Discussão específica: Os resultados obtidos da análise estatística aos resultados relativos à escala de depressão do HADS, infirmam a hipótese de que os sujeitos do GONC apresentam níveis mais elevados de depressão. No entanto impõe-se uma precaução adicional na extrapolação integral destes resultados, uma vez que esta escala de depressão mede a depressão no momento em que o sujeito responde à escala e não a depressão focada pela maioria dos estudos no âmbito das teorias da perda e da depressão, nomeadamente os de Persky et al (1987, cit. p. Justo, 1994) e Bieliauskas (1979, cit. p. Bahnson, 1984).

A partir destes resultados podemos concluir, com algumas reservas, que os sujeitos do GONC não apresentam níveis mais elevados do que os restantes grupos, para a variável depressão.

Hipótese 1 (IV): O GONC e o GDIA manifestam graus de ansiedade mais elevados do que o GNORM, sendo o no GONC que estes são os mais elevados.

Discussão Específica: Os resultados obtidos da análise da escala de ansiedade do HADS, permite concluir que o GONC e o GDIA apresentam valores significativamente mais elevados e clinicamente significativos (Zigmond & Snaith, 1983), no que respeita a ansiedade, do que o GNORM. Esta constatação vai totalmente ao encontro dos resultados apresentados por Taylor e Aspinwall (1996), segundo os quais os doentes crónicos apresentariam níveis mais elevados de ansiedade do que outros grupos sem doenças crónicas. No entanto, não foi possível corroborar a hipótese de que quanto mais grave a doença , maior o grau de ansiedade experimentado pelos sujeitos, uma vez que os resultados obtidos para a variável ansiedade são equivalentes em ambos os grupos (GONC e GDIA).

Conclusões

Uma questão central nesta tese foi a de saber se podem existir padrões de relacionamento com os pais, que sejam característicos dos indivíduos que desenvolveram um cancro. Também procuramos averiguar a capacidade discriminatória de outras variáveis identificadas, ao longo da revisão de literatura, como apresentando capacidade para distinguir não apenas os pacientes oncológicos, de outros pacientes, mas igualmente passíveis de diferenciar doenças com uma raiz psicossomática, de outras sem essa componente.

A inovação desta investigação, encontra-se no tipo de instrumento utilizado para operacionalizar a teoria do padrão relacional centrífugo nos indivíduos oncológicos. O DCRF, por ser de natureza projectiva, permite uma menor resistência por parte dos indivíduos, em temas delicados como este é.

É inovadora também, pela organização de um questionário que procura focar o máximo de aspectos - encontrados pela literatura - como indicadores de funcionamento psicossomático.

Constitui uma mais valia, porque procura ser abrangente e porque procura relacionar várias perspectivas numa matriz comum, que é a psicossomática, ao mesmo tempo que procura cumprir o seu objectivo específico.

Contributos e Propostas:

Da análise estatística dos resultados obtidos através dos instrumentos que nos pareceram apropriados, deparamos com algumas direcções para futuras rotas de investigação, que importa salientar:

A) Os resultados obtidos, nesta investigação, suportam efectivamente noções nucleares acerca do tipo ou padrão de relacionamento estabelecido entre o grupo oncológico e os seus pais: 1) a de que existe, de facto, um maior afastamento relacional aos pais, percebido pelos pacientes oncológicos, remetendo assim para o padrão relacional centrífugo referido na literatura, a de 2) que este padrão relacional é, aos olhos do paciente, particularmente acentuado na adolescência, e a de que 3) o padrão de afastamento se mantém ao longo da vida adulta e até ao momento presente.

Uma questão periférica, mas que não pode deixar de ser colocada, prende-se precisamente com o facto de a adolescência surgir como uma idade crítica para o distanciamento parental percebido. Dever-se-á a dificuldades que o paciente teve em afirmar a sua independência do meio parental? Haverá uma dificuldade por parte dos pais em aceitar esse movimento de afirmação do paciente, reagindo extremadamente e forçando assim um afastamento relacional muito pronunciado? Procurará o indivíduo, na adolescência, tentar construir a sua imagem de adulto como completamente divergente da dos pais? Assumirá o padrão centrífugo uma vertente de investimento egoístico e de perda de proximidade relacional com os pais, a partir da adolescência? Será que o atingir da maturidade sexual assume um papel desafiador aos olhos do sistema parental (por parte do progenitor do mesmo sexo ou mesmo por parte do progenitor do sexo oposto) que desequilibre os papéis estabelecidos entre o casal e para com o filho/a?

Em futuras investigações, pensamos que explorar a forma como foi vivido o período da adolescência nos indivíduos oncológicos, pode contribuir para uma melhor compreensão da persistência do padrão de afastamento relacional, em fases da vida adulta onde já não seria esperado, com que deparamos neste estudo.

B) Para além dos padrões de relacionamento parentais, outras questões se colocaram: 1) será que existem dificuldades no relacionamento social que caracterizam o paciente oncológico, diferenciando-o dos indivíduos que não desenvolveram cancro?, 2) como é que isso se relaciona com o auto-conceito ?, 3) existe uma particular vulnerabilidade às doenças infantis por parte destes pacientes ? e 4) como é que são afectados os ritmos do sono e a vivência onírica?

1) Os resultados obtidos corroboraram parcialmente as caracterizações específicas do funcionamento psicossomático oncológico referidos na literatura, sendo de facto o evitamento do conflito, uma dificuldade central no grupo oncológico. Também permitiram caracterizar as dificuldades centrais dos diabéticos (dificuldade em dizer “não” e a excessiva dependência dos outros). Permitiram igualmente verificar que ambos os grupos clínicos relataram sentir uma maior dificuldade em tomar decisões sozinhos, o que na literatura aparece associado às consequências de se ter uma doença crónica, percurso no qual, na maioria das vezes, se torna necessário confiar nas decisões de médicos, enfermeiros e familiares prestadores de cuidados.

Um dos interesses de algumas correntes da psicossomática é o de saber se existe um funcionamento psicossomático comum a todas as doenças psicossomáticas. De acordo com os resultados obtidos, não foi encontrada a resposta. Desta forma, neste estudo não se encontraram características que, sendo comuns aos pacientes oncológicos e

diabéticos de tipo I, os diferenciasse do grupo sem patologia. A dificuldade em tomar decisões sozinho, conjuntamente com os valores da ansiedade, foram as únicas características que pareciam satisfazer esta condição, mas foram mais fortemente identificadas na literatura como factores resultantes da condição de doença crónica, partilhada por ambas as doenças em estudo, do que como um descritor de funcionamento psicossomático.

Numa futura linha de investigação revelar-se-á importante a introdução de um maior número de outras situações clínicas, estudadas no âmbito da psicossomática e tentar descobrir invariantes específicas entre elas. Dois grupos clínicos, apenas, não nos permitem chegar a resultados consistentes.

2) Os valores totais do auto-conceito não diferenciam os grupos, mas os valores de auto-eficácia apresentam-se mais baixos nos diabéticos, o que nos permite avançar a hipótese de que a diabetes provoca no indivíduo, a longo prazo, uma maior sensação de que não consegue sozinho superar as suas próprias dificuldades, possivelmente devido ao número de complicações secundárias constantemente presentes nas suas vidas.

Um estudo incidindo apenas na diabetes, poderia averiguar as diferenças quanto ao nível da auto-eficácia percebida, e o controlo da situação clínica sem recaídas nos doentes.

3) Os pacientes oncológicos referem-se com maior frequência ao facto de terem sofrido de cólicas abdominais durante a infância, o que pode espelhar a vivência ansiosa de um impasse relacional na relação mãe-bebé, transposto para o corpo do bebé. Este aspecto pode corroborar as conclusões respeitantes à génese dos padrões relacionais centrífugos, o que poderia ser explorado, com maior profundidade recorrendo, a outros métodos projectivos.

4) A existência da insónia inicial e intermitente, no grupo oncológico, para além de efectivar a presença de alterações nos ritmos de vigília-sono, parece também poder resultar da acção conjunta de pensamentos ansiosos, desconforto provocado pelas dores e terapias, bem como do medo à morte que possa sobrevir durante o sono, característico em pacientes que sofrem de doenças graves.

Explorar mais aprofundadamente as associações feitas pelos indivíduos ao sono e proceder a uma descrição dos principais pensamentos ocorridos antes destes adormecerem, poderá sustentar melhor estes resultados.

C) Outro grupo de questões importantes que se colocam no âmbito da psicossomática, prende-se com a vivência de perdas e de situações *stressantes*, sobretudo as ocorridas na infância, relativas aos pais. Os resultados obtidos permitem afirmar que os doentes oncológicos manifestam uma vivência de perdas e de situações *stressantes* equivalente à dos outros grupos. Este resultado mantém-se também para as perdas parentais infantis. Em futuras investigações, pensamos não ser produtiva a listagem de perdas ocorridas ou a diferenciação temporal das mesmas, mas sim uma apreciação subjectiva das perdas vividas, pelo próprio sujeito.

As limitações deste contributo permitem-nos, como seria de esperar, chegar apenas perto da verdade. No final deste estudo, a frase que melhor traduz o que aqui construímos é aquela com que iniciámos este trabalho:

“ O que é integralmente verdadeiro é inefável ”

Albert Einstein

BIBLIOGRAFIA

- Akoun, A. (1979). Freud. *In Os Dez Grandes do Inconsciente* (Geminiano C. Franco, trad.). Lisboa: Verbo.
- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações* (Céia B. Fischmann, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas editora.
- André, O. (1997). Hipoglicémia. *In R. Duarte (Coord.). Diabetologia Clínica* (2ª ed) . Lisboa: Lidel.
- Andreu, Y. (1998). Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas en la investigación sobre el patrón de la conducta Tipo C. *Análise Psicológica*. vol XVI, nº 4: 569-579.
- Auroux, S. e Weil, Y. (1997). *Dicionário de Filosofia*.(3ª ed). Porto: Edições Asa
- Bahnson, C. B. (1970). Basic epistemological considerations regarding psychosomatic processes and their application to current psychophysiological cancer research. *International Journal of Psychobiology*. Vol 1, nº1: 57-69
- Bahnson, C. B. (1984). Psychological aspects of cancer. *In Y. H. Pilch e T. K. Das Gupta (eds). Surgical Oncology*. Nova Iorque: Mc Graw-Hill, 231-253.
- Bahnson, C. B. (1994). Crises in Families with cancer patients: The psychotherapeutic approach. *In D. G. Hertz (ed). Family Issues*. Jerusalém: Gefen Publishing House, 97-104.
- Bahnson, C. B. (1996). Families as producers of and sufferers from malignant disease: therapeutic goals. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*. Vol XI, nº 2: 119-122.

- Barbas, J. (1997). Nefropatia diabética. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Bryman, A. e Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. (Alexandra F. de Barros, trad., 2ª edição). Oeiras: Celta.
- Cady, S. (1994). Relaxation. *In* Sami-Ali (dir.). *Recherches du Centre International de Psychosomatique*. Paris: s.e.
- Caldeira, J. (1997a). Educação do diabético. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Caldeira, J. (1997b). O pé do diabético. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Caldeira, J. e Duarte, R. (1997). Alimentação e Exercício Físico. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afetivas e Saúde Mental: Uma abordagem ao longo do ciclo de vida*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carola, R.; Harley, J. e Noback, C. (1992). *Human Anatomy*. Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Cassileth, B. R.; Lusk, E. J.; Miller, D. S.; Brown, L. L. e Miller, C. (1985). Psychosocial Correlates of Survival in Advanced Malignant Disease. *The New England Journal of Medicine*. vol 312, nº 24: 1551-1555.
- Cassmeyer, V. (1999). Intervenções junto de pessoas com Diabetes Mellitus e Hipoglicémia. *In* W. Phipps, B. Long, N. Woods e V. Cassmeyer (Eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. (reimpressão da 2ª edição). Lisboa: Lusodidacta. Vol 2: 1121-1171.

Chambel, M. J. e Curral, L. (1995). *Psicossociologia das organizações* (2ª ed.). Lisboa: Texto.

Clayman, C. B. (1992). *Combater o Cancro*. Biblioteca Médica da Família. s.l.: Editora Civilização.

Cobb, B., Clark, R. L., McGuire, C. e Howe, C. D. (1954). Patient-Responsible Delay of Treatment in Cancer. *Cancer*. vol 7, nº 5: 920-926.

Christie, M. J. (1981). Building on psychosomatic foundations: Communication and the holistic conception in clinical practice. In M. J. Christie e P. G. Mellet (eds). *The psychosomatic approach: Contemporary practice of whole-person care*. Chichester: John Willey & Sons.

Debray, R. (1983). *L'équilibre psychosomatique: Organization mentale des diabétiques*. Paris: Dunod.

Duarte, R. (1997a). Epidemiologia da Diabetes. In R. Duarte (Coord). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Duarte, R. (1997b). Autovigilância e métodos de avaliação do controlo metabólico do diabético. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Duarte, R. (1997c). Insulina. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Duarte, R. e Caldeira, J. (1997a). Terapêutica da diabetes não insulino-dependente (DNID). In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Duarte, R. e Caldeira, J. (1997b). Terapêutica da diabetes insulino-dependente (DID). In R. Duarte, (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Duarte, R.; Van Zeller, P. e Lisboa, P. E. (1997). Alterações oculares na diabetes. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Dunbar, H. F. (1976). *Emotions and Bodily Changes* (Reimpressão da 4ª edição). Nova Iorque: Columbia University Press.

Dunkerl-Schetter, C.; Feinstein, A.; Taylor, S. e Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*. Vol 11, nº2: 79-87

Elliot, G. (1989). Stress and Illness. In S. Cheren (ed.). *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice*. (vol I). Madison: International Universities Press, 45-90.

Escande, J. P. (2000). Cancer: le retour de l'embriogènese. *Science & Vie*. Nº210 (Março): 154-160.

Frada, J. C. (1999). *Guia prático para a elaboração e apresentação de trabalhos científicos* (Nova edição revista e aumentada). Lisboa: Cosmos.

Freud, S. (1917). *Mourning and Melancholia*. 1957' Standard edition of the Complete Psychological Work of Sigmund Freud (vol. 14). Londres: Hogarth Press.

Gauquelin, A. (1984). *Pavlov*. In Dicionário de Psicologia. Coleção Psicologia Moderna. s.l.: Verbo.

Greene, W. (1966). The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol 125, nº3: 794-801.

Greene, W. e Swisher, S. (1989). Psychological and somatic variables associated with the development and course of monozygotic twins discordant for Leukemia. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol 164: 394-408.

Hagnell, O. (1966). The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigates in 1947 and 1957. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol 125, nº3: 846-855.

- Haynal, A. e Pasini, W. (1984). *Médecine Psychosomatique*. Paris: Masson.
- Hogan, R. (1999). Cancro. In W. Phipps, B. Long, N. Woods e V. Cassmeyer (eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. (reimpressão da 2ª edição) Lisboa: Lusodidacta, Vol 1: 333-413.
- Holland, J. C. (1990). Historical Overview. In J. C. Holland e J. H. Rowland (eds.). *Handbook of Psychooncology*. Nova Iorque: Oxford University Press, 3-12.
- Horta, M. P.; Andrade, T.; Ouakinin, S.; Ramos, V. e Figueira, M. L. (1997). A Experiência Antecipatória em Doentes Deprimidos e Oncológicos. *Psiquiatria na prática Médica*, Vol 10, nº 5 : 9-13.
- Horta, M. P.; Andrade, T.; Ouakinin, S.; Ramos, V. e Figueira, M. L. (1998). O Auto Conceito e a Experiência Antecipatória em Doentes Deprimidos e Oncológicos. *Psiquiatria na prática Médica*, Vol I, nº 1: 5-9.
- Instituto Nacional de Estatística (1999). *Indicadores Demográficos: principais causas de mortalidade* (acumulado de Janeiro a Dezembro de 1998) Lisboa: INE.
- Isselbacher, K.; Adams, R.; Braunwald, E.; Martin, J.; Petersdorf e Wilson, J. (1980). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. (9ª edição). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Jasmin, C. (1990). Cancer et psyché: le renouveau. *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin, Vol. LIV : 827-844.
- Jouvet, M. (1995). *O sono e o sonho*. Lisboa: Instituto Piaget. Coleção epigénese e desenvolvimento.
- Justo, J. M. (1994). Implicações Teóricas da Investigação Psicológica Acerca das Doenças Oncológicas. *Análise Psicológica*. Série XII, nº 2-3: 323-331.

Lebauvy, D. (1990). Dix années pour faire une preuve (à propos d'un article médical sur le traitement du cancer du sein). *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin 1990, tomo LIV, 845-854.

Leshan, L., L. e Worthington, R. E. (1956a). Personality as a factor in the pathogenesis of cancer: a review of the literature. *British Journal of Medical Psychology*, vol 29: 49-56.

Leshan, L., L. e Worthington, R. E. (1956b). Some recurrent life history patterns observed in patients with malignant disease. *Journal of Nervous Mental Disease*. Vol 124: 460-465.

Lipowsky, Z. J. (1986). What Does The Word "Psychossomatic" Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry. In M.J. Christie e P.G. Mellet (eds.). *The psychossomatic approach: Contemporary practice of whole-person care*. Chichester: John Willey & Sons, 17-38.

Lipsitt, D. (1999). A century of psychosomatic medicine: Sucesses and failures. In M. Dinis (ed.). *Reflexões sobre a Psicossomática*. Lisboa. Editora Mariana Dinis.

Lisboa, P. E. (1997). História da Diabetes - I. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Lisboa, M. E. e Duarte, R. (1997). Classificação e diagnóstico. In R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Lolas, F. e Von Rad, M. (1989). *Alexithymia*. In S. Cheren (ed.). *Psychossomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice*. Madison: International Universities Press. vol I: 189-237.

Luban-Plozza, B.; Poldinger, W. e Kroger, F. (1992). *Psychossomatic Disorders in General Practice* (3ª ed). Basileia: Editions Roche.

Mamede de Carvalho (1997). Neuropatia diabética. In R. Duarte (Coord.), *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.

Marty, P. e Debray, R. (1989). *Current Concepts of Character Disturbance*. In S. Cheren (ed.). *Psychosomatic Medicine. Theory, Physiology and Practice*. Madison: International Universities Press. vol I: 159-188.

Marty, P. (1990). Psychosomatique et Psychanalyse. *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin, Vol. LIV: 615-624.

Marty, P. (1993). *A Psicossomática do adulto.* (Patrícia C. Ramos, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas editora.

Meissner, W.W. (1977). *Family Process and Psychosomatic Disease*. In Z.J. Lipowsky, D.R. Lipsitt e P.C. Whybrow (eds.). *Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical applications*. Nova Iorque: Oxford University Press, 100-119.

Minuchin, S.; Rosman, B. e Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge: Harvard University Press.

Montagna, M. E. (1989). *Análise e Interpretação do CAT: teste de apercepção temática*. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária Ltda.

Mota Cardoso, R.; Moura, L.; Pais, A. B. e Veríssimo R. (1986). O Auto-conceito e as Perturbações de Nível Neurótico. *Psiquiatria clínica*. Vol 7 (2), 189-193.

Mousseau, J. (1978). Reich. In *Os Dez Grandes do Inconsciente* (Geminiano C. Franco, trad.). Lisboa: Verbo.

Musaph, H. (1977). The role of aggression in somatic symptom formation. In Z. J. Lipowsky, D.R. Lipsitt e P. C. Whybrow (eds.). *Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical applications*. Nova Iorque: Oxford University Press. 138-149.

Namora, F. (1977). *Deuses e Demónios da Medicina*. s.l.: Circulo de Leitores.

- Parreira, B.; Duarte, R. e Lisboa, P. E. (1997). Doença cardiovascular do diabético. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Pereira, A. (1999). *SPSS: Guia prático de utilização*. Lisboa: Sílabo.
- Peretz, L. (1998). *O Mundo Encantado do Sono*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Phipps, W. (1999). Doença Crónica. *In* W. Phipps, B. Long, N. Woods e V. Cassmeyer (eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica*. (reimpressão da 2ª edição) Lisboa: Lusodidacta. Vol 1: 225-246.
- Pina, R. (1997). A diabetes na criança. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Pinho e Melo, T. (1997). Acidentes vasculares cerebrais na diabetes. *In* R. Duarte (Coord.). *Diabetologia Clínica* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Pipp, S.; Shaver, P.; Jennings, S.; Lamborn, S. e Fisher, K. W. (1985). Adolescent's theories about the development of their relationships with parents. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 48: 991-1001 .
- Redd, W. H. e Jacobsen, P. B. (1988). Emotions and Cancer. New Perspectives on an Old Question. *Cancer*, 62: 1871-1879.
- Ribeiro, J. L.; Meneses, R. F. e Meneses, I. (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo I. *Análise Psicológica*, 1 (XVI): 91-100.
- Roitt, L.; Brostoff, J. e Male, T. (1998). *Immunology* (5ª Edição). Londres: Mosby.
- Rowland, J. H.(1997). *Outcomes Assessment: Cancer Specific Quality of Life Measures - Beyond the Research Setting*. Lectures of The American Society of Clinical Oncology, 342-349.

Rowland, J. H. (1990). Developmental Stage and Adaptation: Adult Model. In J. C. Holland e J. H. Rowland (eds.). *Handbook of Psychooncology*. Nova Iorque: Oxford University Press, 25-43.

Sami-Ali (1990). Imaginaire et pathologie. Une théorie de la psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin 1990, tomo LIV, 761-767.

Sami-Ali (1992). *Pensar o Somático. Imaginário e Patologia*. (Maria Emília Marques, trad.). Lisboa: ISPA.

Sami-Ali (1997). *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*. Paris: Dunod.

Schaffer, H. (1978). Adler. In *Os Dez Grandes do Inconsciente*. (Geminiano C. Franco, trad.). Lisboa: Verbo.

Seabra, H. (1998). A criança e a sua diabetes. *Análise Psicológica*. 1 (XVI), pp. 169-171.

Stoll, B. A. (1986): Psychosomatic Aspects of Cancer. In M. J. Christie and P. G. Mellet (eds.). *The psychosomatic approach: Contemporary practice of whole-person care*. Chichester: John Willey & Sons, 395-423.

Strecht, P (1998). *Crescer Vazio*. Lisboa: Assírio Alvim.

Taylor, G. (1990). La pensée opératoire et le concept d'alexithymie. *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin, Vol. LIV: 769-784.

Taylor, G. (1999). Personality, affects, illness and disease. In M. Dinis (ed.). *Reflexões sobre a Psicossomática*. Lisboa. Editora Mariana Dinis.

Taylor, S. E. e Aspinwall, L. G. (1996). Psychosocial Aspects of Chronic Illness. In Paul T. Costa e Gary R. Vandenbos (eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Londres: The Master Lectures, 3-60.

Tross, S. e Holland, J. C. (1990). Psychological sequelae in cancer survivors. In J. C. Holland e J. H. Rowland (eds.). *Handbook of Psychooncology*. Nova Iorque: Oxford University Press, 101-115.

Ultman, J. E. e Golomb, H. M. (1980). Principles of Neoplasia: Approach to Diagnosis and Management. In K. Isselbacher, R. Adams, E. Braunwald, R. Petersdorf, e J. Wilson, (eds). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. Nova Iorque: McGraw-Hill. 1583-1596.

Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico do Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*. Vol 7 (2), 67-84.

Vaz Serra, A.; Gonçalves, S. e Firmino, H. (1986a). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*. Vol 7 (2), 103-108.

Vaz Serra, A.; Matos, A. P. e Gonçalves, S. (1986b). Auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*. Vol 7 (2), 97-101.

Vaz Serra, A.; Antunes, R. e Firmino, H. (1986c). Relação entre Auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria Clínica*. Vol 7 (2), 85-90.

Vaz Serra, A. (1992). O interesse clínico das escalas de auto-conceito e de coping. *Revista de Psicologia Militar*, 29-45.

Walker, L. G.; Heys, S. D.; Walker, M. B.; Ogston, K.; Miller, I. D.; Hutcheon, A. W.; Sarkar, T. K.; Ah-See, A. K. e Eremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, Vol 35, nº 13: 1783-1788.

Walker, L. S., Eremin, O. (1995). Psychoneuroimmunology: A new fad or the fifth cancer treatment modality. *The American Journal of Surgery*. July (vol 170).

Wertlieb, D. L.; Jacobson, A. e Hauser, S. (1996). The Child With Diabetes: A Developmental Stress and Coping Perspective. In Paul T. Costa e Gary R. VandenBos (eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Londres: The Master Lectures, 61-102.

Wittkower, E. D. (1977). Historical perspective of Contemporary Psychosomatic Medicine. In Z. J. Lipowsky, D. R. Lipsitt e P. C. Whybrow (eds.). *Psychosomatic Medicine: Current trends and clinical applications*. Nova Iorque: Oxford University Press, 3-13.

Zigmond , A. S. e Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Vol 67, 361-370.

Anexos

I-Questionário de Descritores da Psicossomática

Dados Pessoais

Nome (opcional): _____ Data: ___ / ___ / ___

Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Nº de Irmãos _____

Estado Civil _____ Nº Filhos _____ Profissão _____

Escolaridade: _____ Naturalidade _____

Dados Referentes aos Pais

Mãe: Profissão: _____ Escolaridade: _____

Pai: Profissão: _____ Escolaridade: _____

Dados Referentes à Infância e Idade Escolar

Coloque uma cruz na frase ou frases que lhe parecerem verdadeiras para o seu caso

1) Ambiente Familiar (no caso de haverem pais presentes)

1. Pais formando casal ajustado
2. Conflitos frequentes entre os pais *
3. Pais separados ou divorciados por não se entenderem*
4. Pais separados por outras razões*
- * Qual o motivo? _____

2) Ambiente de crescimento

1. Criado/a só com os pais
2. Criado/a por outras pessoas e não pelos pais
(avós, tios, padrinhos, pais adoptivos, etc)
3. Criado/a por várias pessoas diferentes ao mesmo tempo,
incluindo os pais, durante a sua infância
4. Criado/a só pela mãe
5. Outro. Qual? _____

3) Situação Familiar na Infância

1. Pai incapacitado por doença grave
2. Mãe incapacitada por doença grave
3. Morte da Mãe. Que idade tinha? _____
4. Morte do Pai. Que idade tinha? _____
5. Pai desconhecido
6. Mãe desconhecida
7. Pai muito ausente
8. Mãe muito ausente
9. Outra que considere importante Qual? _____
10. Nenhuma que considere importante

4) Houve outra/s pessoa/s que possa considerar sua mãe, para além da sua mãe biológica?

1. Sim. Quem? _____
2. Não.....

5) Houve outra/s pessoa/s que possa considerar seu pai, para além do seu pai biológico?

1. Sim. Quem? _____
2. Não.....

6) Atitude do Pai para consigo na Infância:

1. Carinhoso e permissivo.....
2. Disciplinava suavemente.....
3. Indiferente ou neutro
4. Autoritário, rígido e exigente.....
5. Punitivo e crítico.....
6. Agressivo e hostil.....
7. Outra ? Qual? _____

6.1) O comportamento do seu Pai era:

1. Previsível.....
2. Imprevisível.....

7) Atitude da Mãe para consigo na Infância:

1. Carinhosa e permissiva.....
2. Disciplinava suavemente.....
3. Indiferente ou neutra.....
4. Autoritária, rígida e exigente
5. Punitiva e crítica.....
6. Agressiva e hostil.....
7. Outra ? Qual? _____

7.1) O comportamento da sua Mãe era:

1. Previsível.....
2. Imprevisível.....

Dados Referentes à Saúde

Coloque uma cruz na frase ou frases que lhe parecerem verdadeiras para o seu caso

8) Quanto à sua saúde no geral .Qual ou quais de entre estes problemas ou doenças tem actualmente ?

1. Asma Brônquica.....
2. Alergias
3. Diabetes dependente de insulina.....
4. Diabetes não dependente de insulina.....
5. Úlcera no estômago.....
6. Problemas de coração.....
7. Problemas da tiróide.....
8. Enxaqueca.....
9. Hipertensão arterial.....
10. Depressão.....
11. Outras. Quais? _____
12. Nenhuma que considere importante.....

9) Quanto à sua saúde na Infância . Quais os problemas ou doenças de que sofreu?

1. Asma Brônquica.....
3. Alergias
3. Diabetes dependente de insulina.....
4. Gripes e constipações frequentes.....
5. Infecções repetidas dos ouvidos e da garganta.....
6. Pneumonias.....
7. Problemas de coração
8. Gastrites e gastro-enterites....
9. Sarampo, Papeira, Rubéola e outras doenças de crianças....
10. Cólicas abdominais.....
11. Outras. Quais? _____
13. Nenhuma que considere importante.....

10) Se tem irmãos, refira-se às doenças de que se lembra eles terem sofrido ou de que actualmente sofrem: _____

11) Quanto à saúde geral dos seus pais. Quais os problemas ou doenças de que se lembra eles terem sofrido ou sofrerem

	Pai	Mãe
1. Asma e ou Alergias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes dependente de insulina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes não dependente de insulina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cancro. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Úlcera no estômago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemas de coração.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Problemas da tiróide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Enxaqueca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hipertensão arterial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Depressão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Outras. Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nenhuma que considere importante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.1) Quanto à saúde geral dos seus avós. Quais os problemas ou doenças que se lembra eles terem sofrido ou sofrerem:

Avó Materna _____
 Avô Materno _____
 Avó Paterna _____
 Avô Paterno _____

12. A) Quanto ao seu sono

Habitualmente

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Costuma dormir bem..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Costuma ter dificuldade em adormecer..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Costuma acordar cedo demais sem conseguir adormecer de novo..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Costuma ter um sono muito agitado..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Costuma não ter horas certas para ter sono ou dormir..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Costuma acordar várias vezes durante a noite..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Outra .Qual? _____ | <input type="checkbox"/> |

12. B) Quanto aos seus sonhos

Habitualmente

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Costuma lembrar-se dos seus sonhos..... | <input type="checkbox"/> |
| 2. Não costuma lembrar-se do que sonhou..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Algumas vezes consegue lembrar-se dos seus sonhos..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sonha sobretudo com o trabalho e com o dia a dia..... | <input type="checkbox"/> |
| ou dormir..... | <input type="checkbox"/> |

Dados referentes às suas relações afectivas

13) Quanto às amizades ao longo da sua vida:

1. Muitas e pouco profundas.....
2. Muitas e profundas.....
3. Poucas e profundas.....
4. Poucas e pouco profundas.....

14) Nas relações com familiares e amigos diga qual ou quais são as suas maiores dificuldades?

1. Dificuldade em falar dos seus sentimentos.....
2. Receio de desiludir os que o/a rodeiam.....
3. Dificuldade em tomar decisões sozinho/a.....
4. Receio de se envolver em conflitos ou ter de tomar partidos.....
5. Dificuldade em dizer “não”, quando lhe pedem alguma coisa.....
6. Receio de ser rejeitado.....
7. Dificuldades por ser demasiado dependente dos que o/a rodeiam....
8. Dificuldades por ser demasiado independente dos que o/a rodeiam
9. Dificuldade em ter uma personalidade própria.....
10. Outras. Quais? _____
11. Nenhuma dificuldade.....

15) Quanto às relações amorosas:

- | | Passado | Presente |
|--|---------|----------|
|--|---------|----------|

16) Quanto ao apoio que tem recebido de familiares e amigos em momentos difíceis:

1. Muito apoio nos momentos mais difíceis.....
2. Apoio suficiente de familiares e amigos.....
3. Pouco apoio de familiares e amigos.....
4. Incompreensão e afastamento dos familiares e amigos.....
5. Apoio dado sobretudo por pessoas estranhas

17) Com Quem Vive?

1. Sozinho.....
2. Cônjuge ou namorado/a.....
3. Filho(s).....
4. Pais.....
5. Outras pessoas. Quem? _____

18) Quanto à sua vida no geral. Qual ou quais destas situações pensa terem contribuído ou para o surgimento ou para o agravamento do seu estado de saúde:

	Há menos de 2anos	Mais de 2 anos
1. Morte do cônjuge ou namorado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Divórcio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Separação Marital.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Morte de Parente Próximo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Despedimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Reforma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Doença de um familiar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Aumento das discussões com o cônjuge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Saída de casa por parte de um filho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alterações das condições financeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mudança de casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hipoteca ou grande empréstimo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mau ambiente no trabalho (problemas com o patrão ou com os colegas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Outras. Quais? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nenhuma que considere importante.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outros Aspectos Actuais

19) Tipo de Habitação

1. Luxuoso.....
2. Espaçoso e Confortável.....
3. Bem Conservado, com cozinha,
casa de banho e electrodomésticos essenciais.....
4. Com cozinha, casa de banho mas sem electrodomést. essenciais
5. Impróprio.....

20) Local de Residência

1. Bairro Elegante.....
2. Bom Local.....
3. Zona Antiga, ruas comerciais antigas.....
4. Bairro populoso.....
5. Bairro de Lata.....

21) Rendimento (fonte principal)

1. Propriedades.....
2. Altos vencimentos ou honorários.....
3. Vencimento certo.....
4. Remunerações incertas.....
5. Subsídio de desemprego.....
6. Baixa por doença.....
7. Reforma.....
8. Rendimento mínimo garantido.....
9. Outro. Qual? _____

II- Desenho dos Círculos Representativos da Família

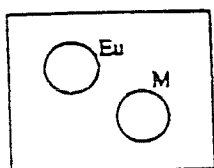
Desenho de Círculos Representativos da Família

(S. Pipp, P. Shaver, S. Jennings, S. Lamborn & K. W. Fischer, 1985)

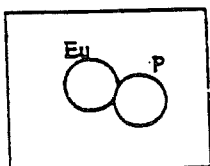
Versão: M.C. Canavarro, 1995

INSTRUÇÕES: Em cada quadrado, desenhe dois círculos, um representativo do seu pai ou mãe e o outro de si próprio. Coloque-os, um em relação ao outro da forma que melhor pensa ilustrar a sua relação com os seus pais na altura que tinha as idades indicadas. Desenhe separadamente, a relação com o seu pai e com a sua mãe. Marque o círculo representativo de si próprio com "Eu", o de sua Mãe com "M" e o do seu Pai com "P".

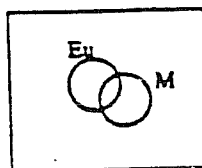
Por exemplo:



ou



ou



(...)

Relação com a MÃE

1-5 Anos

6-10 Anos

11-15 Anos

16 - 20 Anos

ACTUALMENTE

Relação com o PAI

1-5 Anos

6-10 Anos

11-15 Anos

16 - 20 Anos

ACTUALMENTE

III- Inventário Clínico do Auto-Conceito

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO (A. VAZ SERRA)

Nome _____ Idade _____ anos Est. Civil _____ Data ____ / ____ / ____
 Sexo _____ Habilitações _____ Profissão _____
 Naturalidade _____ Residência _____
 F1(1+4+9+16+17) _____ F2(3+5+8+11+18+20) _____ F3(2+6+7+13) _____ F4(10+15+19) _____ Total _____

INSTRUÇÕES

Todas as pessoas têm uma ideia como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a *sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (X) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

	Não Concordo	Concordo pouco	Concordo mo- deradamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um individuo falador.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a por em prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosto muito de fazer o que me apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem a ajuda dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem das coisas que faço.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário está concebido de forma a ajudar-nos a saber como se sente. Leia todas as frases e coloque uma cruz (X) à frente da resposta que melhor corresponde ao modo como se tem sentido na última semana;

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

Faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso ou contraído

- A maior parte das vezes
- Muitas vezes
- De vez em quando, ocasionalmente
- Nunca

2. Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer

- Nitidamente e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me incomoda
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e de ver o lado divertido das situações

- Tanto como habitualmente
- Não tanto como habitualmente
- Nitidamente menos
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Raramente

6. Sinto-me bem disposto

- Nunca
- Poucas vezes
- Bastantes vezes
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar a vontade e sentir-me relaxado

- Sempre
- Habitualmente
- Algumas vezes
- Nunca

8. Sinto-me lento

- Quase sempre
- Com muita frequência
- Algumas vezes
- Nunca

9. Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

- Completamente
- Não tenho tanto cuidado como devia
- Talvez menos interesse do que antes
- O mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

- Muito
- Bastante
- Um pouco
- Nada

12. Penso com prazer nas coisas futuras

- Tanto como habitualmente
- Menos que anteriormente
- Bastante menos que anteriormente
- Quase nunca

13. Tenho sensações súbitas de pânico

- Com grande frequência
- Bastantes vezes
- Algumas vezes
- Nunca

14. Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou TV

- Frequentemente
- Algumas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

Verifique, por favor, se respondeu a todas as questões

Não escrever acima desta linha