



ISPA ⁵⁰
ANOS
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**Explicitação dos Processos de Mudança em Psicoterapia
de Orientação Psicodinâmica em Pacientes com Dor
Crónica**

José António Barreto de Almeida Barreiros

Orientador da Dissertação e do Seminário:

Prof. Dr. Daniel Sousa

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA,

Especialidade em Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Dr. Daniel Sousa, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre em Psicologia na especialidade de Clínica

À minha filha Catarina

Esta Dissertação é constituída por dois artigos:

Artigo – I: Revisão de literatura

Artigo – II: Estudo Empírico

Artigo – I: Revisão da Literatura

Resumo

Verifica-se um importante incremento numa recente patologia designada por “dor crónica”. Esta patologia afeta sobretudo faixas etárias mais elevadas da população com maior prevalência nas mulheres. Considera-se que 40% a 60% das mulheres e no mínimo 20% dos homens sofrem de dor crónica, ou tenham sofrido. Esta é geralmente incapacitante e gravosa em termos da qualidade de vida. Este agravamento é também devido à comorbidade com psicopatologias associadas a quadros generalizados de depressão e de ansiedade. É frequente a ideiação suicida nestes pacientes. A dor crónica é também um problema de saúde pública: O seu tratamento é muito dispendioso e de longa duração passando por equipas multidisciplinares e está na origem de elevado número de processos por incapacidade laboral e de reforma antecipada. Nestas equipas, os psicólogos são responsáveis por avaliações psicológicas e de acompanhamento psicoterapêutico. Psicoterapias de Apoio, de orientação Psicanalítica, Cognitivo-Comportamental ou Terapias de Grupo, são comumente utilizadas. Mas hoje estão a ser desenvolvidas novas técnicas diretamente vocacionadas para estes pacientes. Face a este desenvolvimento, consideramos que os pacientes de dor crónica podem formar um grupo com características e problemáticas comuns. Caso se verifique, o identificá-las e avaliá-las pode incrementar o sucesso das psicoterapias reduzindo a sua duração e custo. **Objetivo:** efetuar uma revisão de literatura sobre a problemática do paciente com dor crónica, do psicólogo neste contexto, sobre os pontos-chave de psicoterapias específicas e por último estudos empíricos publicados. Numa segunda fase procederemos a um estudo empírico com pacientes com dor crónica mas com alta da psicoterapia no sentido de explicitar as mudanças resultantes e as características relevantes do processo terapêutico.

Palavras-chave: Dor crónica, psicoterapia, psicopatologia, momentos significativos, processos de mudança

Abstract

There is a significant increase from a “new” disease called "chronic pain." This disease mainly affects older age people with a higher prevalence in women. It is considered that 40% to 60% of women and at least 20% of men suffer from chronic pain or have suffered. This is often incapacitating and onerous in terms of quality of life. This increase is also due to co morbid psychopathology associated with generalized condition of depression and anxiety. Often suicidal ideation is found among these patients. Chronic pain is also a public health problem: its treatment is very expensive and long duration through multidisciplinary teams. It is also the origin of large number of processes for work disability and early retirement. In these teams, psychologists are responsible for psychological assessments and psychotherapy. Psychoanalytic, Cognitive-Behavioral Therapy or Group Therapy is commonly used. But today new techniques are being developed. Given these developments, we believe that patients with chronic pain can form a group with common characteristics and problems. In the event, to identify and evaluate them can increase the success of psychotherapy reducing its duration and cost. **Objective:** To perform a literature review on the issue of patient with chronic pain, the psychologist main functions in this context, the key points of specific psychotherapies and identify empirical studies already published. In the second phase we will conduct an empirical study with these patients in order to determine their changes and the relevant characteristics of the psychotherapeutic process.

Keywords: Chronic pain, psychotherapy, psychopathology, significant moments, change processes

Índice

| | |
|---|----|
| I.1 – Introdução..... | 1 |
| I.2 – A dor crónica e os seus fatores: Aspectos psicológicos | 2 |
| I.3 – O Psicólogo em contexto de dor crónica | 5 |
| I.4 – Psicoterapias em dor crónica | 8 |
| a) Terapia Cognitivo-Comportamental (e Processos de Mudança)..... | 8 |
| b) Terapia Interpessoal | 9 |
| c) Psicoterapia de Grupo de Base Analítica Funcional | 10 |
| d) Psicoterapia Transpessoal: Meditação da “atenção plena” do corpo (<i>Mindfulness meditation-based</i>) | 12 |
| e) Psicoterapia Dinâmica..... | 13 |
| I.5 – Estudos empíricos | 16 |
| a) Processamento automático de dor: a mudança das associações implícitas na dor após psicoterapia | 17 |
| b) O impacto da dor no resultado duma psicoterapia de grupo | 17 |
| c) Estudo comparativo do resultado obtido com terapia cognitivo-comportamental em relação à psicoterapia de apoio em pacientes com o HIV e dor neuropática periférica | 17 |
| d) Resultado obtido pela psicoterapia breve, de base dinâmica, em grupos de pacientes, em regime ambulatorio e com dor cronica nas costas (lombalgia)..... | 18 |
| e) A influência de fatores cognitivos no tratamento multidisciplinar da dor cronica..... | 18 |
| I.6 – Conclusão | 19 |
| I.7 – Referencias bibliográficas | 21 |

I – Revisão da Literatura

I.1 - Introdução

A dor crônica é hoje um problema de saúde de gravidade crescente.

Pode ser encarado em três vertentes:

Problemática Pessoal, porque conduz à rápida deterioração da qualidade de vida. A dor crônica surge maioritariamente em pacientes de meia-idade, frequentemente inibidora da continuação e atividade profissional. Muitas das patologias associadas à dor crônica são degenerativas acelerando os problemas físicos e psíquicos associados. A estes fatores acresce o da dependência de terceiros. A dor “toma conta” da existência do paciente. O seu sentido da sua vida é posto em causa em quadros de ansiedade generalizada, de depressão e frequente ideação suicida nos seus diversos graus de risco.

Problemática Social, porque causadora de estigmas sociais. Também requer um esforço adicional da família no cuidado do paciente. Verifica-se a dificuldade desta em aceitar a situação sobretudo nos casos de dor não específica ou neuropática. A quebra de rendimentos financeiros que resultam da incapacidade laboral do paciente ou a sua reforma antecipada e os custos de saúde associados que vão onerar o agregado familiar sendo geradora de sérios problemas sociais.

Problemática de Saúde Pública: Estes pacientes refletem uma sobrecarga financeira muito significativa para os sistemas de saúde pública. São inicialmente seguidos nos cuidados de saúde primários com baixo sucesso por se tratar duma patologia recente. Quando a frequência das consultas e os níveis de analgésicos ultrapassam o razoável são sinalizados para as Consultas de Dor Crônica. Estas Consultas, multidisciplinares, requerem meios humanos especializados e terapêuticas específicas sendo ambas dispendiosas. A estes custos adicionam-se os associados à quebra de horas de trabalho para as consultas, custo de litigâncias e de indemnizações de companhias de seguro ou entidades patronais a que acrescem os custos de uma reforma antecipada.

Para esta revisão de literatura utilizamos as bases de dados disponíveis no Centro de Documentação do ISPA: EBSCO e B-On. Efetuamos buscas com as palavras-chaves “*Chronic pain*”, “*psychotherapy*”, “*psychopathology*”, “*significant moments,*” *changing processes*”, com especial incidência em publicações a partir do ano de 2005. Nalguns casos

houve que recuar até 1997. Relativamente a estudos empíricos, selecionamos cinco (de seis identificados) de que se dá parte em I.5.

Por este ser um assunto muito recente, alargou-se o âmbito desta revisão por forma a melhor contextualizar o problema em estudo.

I.2 - A dor crónica e os seus fatores: aspetos psicológicos

Segundo a *Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP)* e da *Organização Mundial da Saúde (OMS)* "a dor é uma experiência desagradável, sensorial e emocional, atual ou potencial associada a danos nos tecidos, ou descrita como tal".

A dor é uma experiência desagradável que sendo subjetiva é difícil de explicar.

A dor é um grave problema de saúde pública com consequências socioeconómicas relevantes, como referido por D. Buljan (2009). O autor calcula que a prevalência de dor crónica afete entre 15% a 22% da população ocidental (autores referem até 30%) com o dobro da incidência no sexo feminino, em idades a partir da meia-idade e com um estatuto socioeconómico menos favorecido. Estes pacientes apresentam dificuldades emocionais relevantes de natureza psicossocial, sendo que em 43% dos casos não está associado um transtorno de natureza psíquica. No entanto estima-se que 35% sofram de depressão, 22% apresentam transtornos de prevalência neurótica e que cerca de 2% apresentam patologias da personalidade do tipo borderline, com somatização ou mesmo do tipo psicótico.

A dor, especialmente a crónica, pode ter associada características fisiológicas identificáveis. Se este fator está bem determinado, classifica-se como “dor específica”. Caso contrário, quando um fator causal somático não é detetado, a dor classifica-se como “dor não específica”, psicogénica, idiopática, conversiva ou, eufemisticamente, atípica.

A dor atípica, está, numa fase muito inicial, associada a situações de stresse, ansiedade e depressão típicas da meia-idade e comumente associados a aspetos de natureza psicossocial, ocupacional ou pessoal.

Dores psicossomáticas têm, para lá da sua génese psicológica, uma etiologia somática.

Não são conhecidos os fatores de risco responsáveis pela transição de dores agudas em dor crónica.

Fatores psicossociais como desencadeantes de transtornos de dor crónica, podem ser referidos por exemplo, ambientes familiares desadequados, desajustamentos prévios na escola ou no trabalho, dificuldades na vida conjugal ou materiais, doenças crónicas na família ou perda de pessoas significativas. Pessoas nestas circunstâncias denotam maior

sensibilidade ao stresse estando mais propicias a desenvolver uma síndrome de dor crónica nalguma parte do corpo.

No caso de relações interpessoais no seio da família ou em relações conjugais, podem ser fatores precipitantes de dores crónicas formas de manipulação dessas relações no sentido da obtenção de ganhos secundários. Nestes casos a dor é recompensada. Inversamente a dor tende a diminuir quando a recompensa é negada ou punida.

Fatores psicodinâmicos estão presentes quando um conflito intrapsíquico se manifesta no seu equivalente simbólico através de um sintoma físico. Há uma transferência da dor mental, considerada como fraqueza pessoal psíquica para um sintoma fisiológico como uma dor numa parte do corpo. A dor surge assim como resultado de um mecanismo de defesa por transferência, substituição e supressão da dor psicológica.

Fatores biológicos estão relacionados com o SNC e as cadeias de neuro-transmissores causadores primários de estados de ansiedade e depressão. A utilização de medicação anti-depressiva é utilizada em pacientes não-depressivos como coadjuvante da terapia analgésica. Sugere-se que dores “não específicas” ocorrem em estados de tensão emocional e stresse elevados que facilitam a libertação de neuropeptídeos em “tecidos alvo” como articulações e músculos destes pacientes (biológica e psicologicamente mais sensíveis).

Portanto dor “não específica” é causada por fatores psicológicos a que pertencem a dor persistente, neurótica do tipo transtorno somatoforme.

Dor “não específica” pode também ter a sua origem numa desorganização do tipo psicótico.

Já a dor psicossomática não tem a sua génese diretamente em transtornos psicológicos, mas é resultante uma inter-relação de fatores de natureza psicológica e somática, ambos responsáveis pela sua ocorrência, gravidade e duração.

Em termos da duração dos seus sintomas, e segundo o DSM-IV (4^a ed. 2000) este considera duas síndromas: dor aguda se a sua duração é inferior a 6 meses e dor crónica se ultrapassar os 6 meses de duração.

O ICD-10 (10^a ed. revisão de 1992) define a dor crónica como uma angústia, persistente e incapacitante que dura há pelo menos 6 meses de forma contínua e durante a maior parte do tempo. O ICD-10 não faz referência a dor aguda.

Para V. Demarin (2009), todas as sensações de dor são transmitidas por nervos e portanto têm uma relação direta com a neurologia. Mas nem todas as dores têm um diagnóstico neurológico relevante. A dor pode assim dividir-se em dois grupos: a neuropática, causada

por uma lesão de nervos periféricos ou do SNC e que se manifesta por sintomas e sinais sensoriais e a dor somática resultante da estimulação das terminações de nervos periféricos em lesões nos ligamentos, cápsulas de junção nos sistemas muscular ou esquelético.

A dor crónica refere-se a dores persistentes, não agudas, frequentemente incapacitantes, nas extremidades ou outra parte do corpo. A dor pode pois estar associada a uma causa identificável ou não (ex.: fibromialgia).

"Dor crónica" é contudo um termo usado de forma não consistente. O termo pode referir-se à dor que está presente por um período de tempo mínimo de 6 meses. Alternativamente é usado um sinónimo, "síndrome de dor crónica", para descrever uma dor persistente, com sintomas subjetivos para lá de aspetos objetivos, associados a comportamentos disfuncionais que impõe limitações nas atividades da vida diária.

A dor crónica provoca pois o reacender e reviver de situações passadas dolorosas e não resolvidas que, de forma inconsciente, magnificam dores específicas (de origem somática) ou simplesmente estão na verdadeira origem dessa mesma cronicidade.

Jay Rubin (2005) realça a incidência de abusos emocionais, verbais ou sexuais, sobretudo praticados na infância e a sua relação com a dor crónica. Este estudo sugere uma incidência 2 a 4 vezes superior de abusos praticados em pacientes com dor crónica quando comparado com a população em geral. Parece pois haver uma relação bem estabelecida entre abusos emocionais ou físicos e o desenvolvimento de dor crónica ou num deficiente ajuste às situações de dor. Esta ligação é reforçada quando estes abusos e sentimentos associados nunca foram revelados a terceiros. Paradoxalmente há por parte destes pacientes uma busca permanente do reconhecimento destes sofrimentos. Melhorando o "*insight*" dos pacientes relacionando as situações de abuso e os sintomas de dor atuais, as queixas diminuem bem como o recurso aos cuidados de saúde. Esta dualidade, padrões de vida compostos por secretismo e a necessidade de reconhecimento podem estar na base de comportamentos disfuncionais que se verificam frequentemente em pacientes com dor crónica.

Rubin considera pois essencial questionar direta e frontalmente estes pacientes sobre situações passadas ou atuais relativas a abusos (emocional, físico ou sexual) e se têm ou tiveram medo de alguém. Este questionamento deve ser o mais detalhado possível. Da sua prática clínica, Rubin constatou que os pacientes raramente se incomodam com estes questionamentos, pelo contrário, manifestam uma sensação de alívio e empatia pela oportunidade de poderem revelar estas informações.

I.3 – O Psicólogo em contexto de dor crónica

Timothy R. Tumlin e Steven Kvaal (2004) referem que na dor crónica se verifica uma comorbidade de 30% a 45% de depressão major, de 15% a 28% pelo abuso de substâncias sendo a prevalência de estados de ansiedade generalizada de 16,5% a 28,8% nestes pacientes. Estes valores alertam assim para a existência de problemáticas específicas a ter em conta em psicoterapias com este tipo de pacientes. Estes problemas podem circunscrever-se a 4 tópicos principais:

- Diferentes conceptualizações da dor entre os profissionais de saúde
- Contexto do tratamento psicoterapêutico
- Características próprias destes pacientes
- Complicações acrescidas à psicoterapia pelo uso de psicofármacos

Diferentes conceptualizações da dor advêm da perspetiva biopsicossocial prevalecente na Psicologia da Saúde há mais de 25 anos e muito relevante para a compreensão da dor. Esta perspetiva sublinha o processo adaptativo por parte do paciente com base em interações de fatores biológicos, pessoais e ambientais, isto é, “*em suma as características da perspetiva biopsicossocial são a ação integrada, determinismo recíproco, desenvolvimento e evolução*” como referido por D.C. Turk e E.S. Monarch, 2002 (cit in T. R. Tumlin e S. Kvaal, 2004). Para estes autores todos os modelos conceptuais e propostas de tratamento que não incluam estes fatores “são inevitavelmente incompletos”. Em contraste, o modelo biomédico conceptualiza a dor como um fenómeno meramente biológico, sendo as perturbações de natureza psíquica resultantes do stresse associado à sintomatologia médica. Segundo o autor, o modelo biomédico, ainda prevalecente nalgumas instâncias, cria dificuldades acrescidas a psicoterapeutas no tratamento destes pacientes e na justificação dos seus serviços noutras instâncias como por exemplo as companhias de seguros ou outras entidades responsáveis pelo seu pagamento.

O modelo biomédico permite a desresponsabilização do paciente perante si próprio apoiando a sua resistência à psicoterapia como forma de minorar o seu sofrimento e melhorar a sua qualidade de vida.

A dor, não se pode verificar e medir de forma objetiva. À pois que atender aos ganhos secundários: benefícios financeiros dos sistemas de prestação de serviços médicos e também para os pacientes pela atenção que buscam.

Estas problemáticas obrigam os psicoterapeutas a “promover” o modelo biopsicossocial aos colegas e a encontrar formas de o apresentar aos pacientes definindo a sua intervenção terapêutica dum modo mais preciso em termos de tempo, formas terapêuticas e objetivos possíveis a atingir.

Contexto do tratamento psicoterapêutico está associado à forma como os pacientes são encaminhados para os psicoterapeutas. Muitos pacientes encaram desconfiados a consulta com um psicólogo: ponderam se o seu encaminhamento pode dever-se ao facto do médico admitir que a dor é simulada. Muitos resistem à psicoterapia ou fazem-no de forma não cooperante por julgarem que a sua não-aceitação pode levar a uma interrupção do acompanhamento médico. Há casos em que o médico o que pretende é terminar o seu apoio ao paciente. Sendo as implicações destas assunções no processo psicoterapêutico óbvias, estas questões deverem ser abordadas com o paciente para impedir o desenvolvimento de resistências do tipo passivo-agressivo e o reafirmar a sua liberdade na decisão de efetuar uma psicoterapia. Questões éticas, relacionadas com a confidencialidade, consentimento informado e informações à equipa médica devem também ser claramente abordadas. Estes pontos são ainda mais críticos para a aceitação por parte do paciente se em paralelo estiverem em causa processos de indemnizações por parte de empregadores ou de companhias de seguro ou no caso de antecipação na atribuição de pensão de velhice ou por invalidez.

Características próprias destes pacientes põem desafios específicos. Segundo R.J. Gatchel e J.D. Dersh, 2002 (cit in T. Tumlin; S. Kvaal 2004) a prevalência de psicopatologias nos Eixos I e II (DSM-IV) nestes pacientes é idêntica às que se detetam numa clínica psiquiátrica comum. Mas, com base no modelo biomédico, estes pacientes atribuem todos os seus sintomas e disfunções à sua dor e conseqüências associadas, afirmando que seu único problema é o da condição médica o que dificulta a intervenção do psicólogo. Timothy R. Tumlin (2001) refere que entre 31% a 59% dos pacientes com dor crónica apresentam pelo menos uma patologia (traço ou sintoma) da personalidade (Weisberg & Keefe 1997, cit in T. Tumlin 2001). Os elevados rácios destas patologias são um indicador de uma população com profundos *deficits* na sua capacidade de *coping* e de adaptação, o que os torna menos recetivos a aceitar e elaborar estratégias resultantes de uma psicoterapia (Weisberg & Keefe

1997, cit in T. Tumlin 2001). A título de exemplo, R.J. Gatchel et al. 1995 (cit in T. R. Tumlin; S. Kvaal 2004), sugere que o melhor prognóstico sobre a evolução de feridos por acidente de trabalho com relato de dor continuarem de baixa passados 6 meses após o seu acidente com causa em invalidez e dor crónica é o diagnóstico de transtorno de personalidade. Psicoterapias em pacientes com transtornos de personalidade são particularmente desafiadoras e trabalhosas.

L.E. Beutler; J. Clarkin, B. Bongar 2000 (cit in T. R. Tumlin; S. Kvaal 2004) sugerem que determinados aspetos psicológicos associados ao paciente podem ser mais preditivos da resposta ao tratamento do que os diagnósticos em si. No estudo de S.F. Dworkin, M. von Korff et al, 1990 (cit in T. R. Tumlin; S. Kvaal 2004) nos pacientes com dor crónica é possível associar o nível da depressão com o número de queixas do paciente. No entanto há outros preditores além da depressão: L.E. Beutler et al 2000 (cit in T. R. Tumlin; S. Kvaal 2004) sugerem que a maior deficiência ou maior incapacidade funcional indiciam a necessidade de psicoterapias mais prolongadas e frequentes. Níveis moderados de sofrimento psíquico mantêm a adesão dos pacientes à psicoterapia sendo que níveis muito elevados de sofrimento afetam a sua motivação e envolvimento na psicoterapia.

O apoio social está associado a melhores resultados e a uma redução do risco de recaída.

Complicações acrescidas à psicoterapia pelo uso de psicofármacos são aspetos a ter em conta já que muitos pacientes com dor crónica são medicados com psicofármacos. P. B. Polatin e N.M. Gajraj 2002 (cit in T. R. Tumlin; S. Kvaal 2004) analisam esta situação. Opiáceos e outros analgésicos podem interferir nos processos cognitivos e emocionais. Frequentemente os pacientes queixam-se de se sentirem sedados e com raciocínio lentificado, o que dificulta o processo terapêutico. Outros dos problemas é o receio da sua dependência desses medicamentos. O psicoterapeuta confrontado com estas questões deve coordenar a sua resposta com o clínico responsável. Inversamente há pacientes que não se preocupam com estes aspetos o que requer por parte do psicoterapeuta uma atenção especial em monitorizar abusos de medicação e colaborar com o médico. Outros pacientes criam uma dependência à toma de narcóticos receitados pelas suas propriedades analgésicas e calmantes. À que elencar a medicação à psicoterapia e portanto estabelecer uma boa comunicação entre a parte médica e a intervenção psicológica. Outra situação que pode ocorrer está associada à introdução de novos fármacos ou novas terapêuticas, que atualmente são muito frequentes. As expectativas criadas pelo paciente devem ser reajustadas pelo

psicoterapeuta para precaver desilusões dolorosas ou mesmo desmotivação e desistência na adesão a novas prescrições médicas.

I.4 – Psicoterapias em dor crónica

a) Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

J.W. Burns et al. (2003), consideram que a redução de cognições desajustadas constitui um ativo terapêutico.

Alterações cognitivas significativas implicam, no caso da dor crónica, a reformulação de sentimentos de catástrofe, ansiedade e depressão, intensidade da dor bem como a sua interferência na atividade diária e nível dessa atividade.

A TCC é a terapia mais difundida em programas multidisciplinares no tratamento de dor crónica. Este facto deve-se ao suporte teórico e pesquisas posteriores que sugerem que interpretações específicas dos pacientes e as suas respostas à dor aguda ou crónica afetam o seu ajustamento psicológico e físico (D C Turk, D Meichenbaum, M. Genest, 1983 cit in J.W. Burns et al 2003).

Se são as crenças na dor e na sua avaliação, as estratégias de *coping* e as contingências comportamentais que estão na origem ou no reforço de uma má adaptação e além disso, se estas crenças e avaliações poderem ser mudadas, então o sofrimento, a dor e as incapacidades resultantes podem ser reduzidas.

A TCC no tratamento da dor crónica destina-se a reduzir a gravidade e os efeitos negativos coadjuvantes da dor crónica ajudando os pacientes a encarar a situação numa perspetiva de menor desconforto, com efeito menos devastador, incompreensível e trágico para as suas vidas sendo uma condição controlável e com a qual é possível conviver.

Estes programas são claramente eficazes na redução da dor, incapacidades associadas e depressão (Flor, Fydrich & Turk, 1992 cit in J.W. Burns et al 2003), pela diminuição da utilização de medicamentos e de serviços médicos (Jensen, Turner, & Romano, 1994; Williams, Richardson, Nicholas, Pither, Harding, Ridout et al., 1996 cit in J.W. Burns et al 2003), permitindo a muitos pacientes retomar a sua atividade laboral (Cutler, Fishbain, Rosomoff, Abdel-Moty, Khalil & Rosomoff 1994 cit in J.W. Burns et al 2003).

b) Terapia Interpessoal (TIP / TIP-D)

Ellen L. Poleshuck, Stephanie A. Gamble, Natalie Cort et al. (2010) fazem uma abordagem da Psicoterapia Interpessoal (TIP) adaptada a pacientes com depressão em comorbidade com dor crónica.

Esta proposta, TIP, centra-se em pacientes em ambiente de cuidados de saúde primária e consta de um protocolo com um número limitado de sessões. Estas incorporam estratégias antecipando as resistências à psicoterapia, incentivando-os a considerar o impacto da dor na sua vida e as limitações daí resultantes no trabalho, nas suas relações familiares e sociais; enfatiza a necessidade de incrementar a sua autoestima e a manutenção de cuidados pessoais. No seu desenho, foi considerada a exigência de flexibilidade de horários por parte dos pacientes.

Por outro lado, estes pacientes melhoram a sua qualidade de vida quando integrados num grupo que quando se mantêm isolados (Bair et al, 2004; Poleshuck et al, 2009; cit in Ellen L. Poleshuck, Stephanie A. Gamble, Natalie Cort et al 2010).

Viver com dor crónica dificulta as relações interpessoais. Também as relações entre dor e depressão são complexas. Se estudos sugerem a dor crónica como uma causa de depressão, há também evidências de ser a depressão uma das causas para o surgimento de dor crónica: estes problemas reforçam-se mutuamente e ambos têm necessidade de ser tratados (Gatchel, Bo Peng, Peters, Fuchs, & Turk, 2007 cit in Ellen L. Poleshuck, Stephanie A. Gamble, Natalie Cort et al 2010).

A TIP é uma terapia breve, baseada na premissa de que há uma relação bidireccional entre a depressão e dificuldades nas relações interpessoais (Stuart & Robertson, 2003; Weissman, Markowitz, e Klerman, 2000 cit in Ellen L. Poleshuck, Stephanie A. Gamble, Natalie Cort et al 2010). A Teoria da Vinculação está na base teórica da TIP: as pessoas ficam angustiadas quando experimentam interrupções nas suas relações sociais sendo que esta interrupção remete à sua ausência nas relações precoces. A TIP baseia-se na expectativa de que melhorando as relações interpessoais e de apoio social, os sintomas depressivos vão melhorar.

As áreas problemáticas incluem: conflitos interpessoais, sofrimento e perda, transições de papéis e sensibilidade interpessoal. O terapeuta e o paciente implementam estratégias específicas interpessoais com base na área de problemas identificados.

A terapia tem a duração de 16 sessões semanais. Segue-se um período de acompanhamento (*follow-up*).

Adaptou-se o conceito da TIP a pacientes com depressão e dor crônica que se pode designar por TIP-D. Esta é constituída por 8 sessões cujo conteúdo detalhado está descrito no documento de referência.

Três aspetos são essenciais: -em primeiro lugar, a intervenção tem de ser relevante para indivíduos que não procuram necessariamente tratamento para sua depressão e que podem nem se considerar deprimidos; -em segundo lugar, a dor e a depressão são incorporadas, isto é, são discutidas as formas em que a dor e a depressão estão associadas e implicadas no relacionamento interpessoal; -em terceiro lugar, é reforçada a necessidade da Terapia Interpessoal-TIP.

O artigo científico aqui referido na sua parte final descreve-a de forma pormenorizada e ilustra com exemplos o conteúdo de cada uma das oito sessões que compõem a TIP-D.

c) Psicoterapia de Grupo de Base Analítica Funcional

Luc Vandenberghe e Cristina Lemes Barbosa Ferro (2005) propõem uma terapia de grupo cognitivo-comportamental cujo foco não reside numa estratégia de *coping* mas no ensino simultâneo de: a) aspetos da vivência da dor como elemento delimitador de experiências de vida; b) da sua dimensão interpessoal no âmbito das relações íntimas com a família e com os restantes elementos do seu relacionamento social direto e c) da sua dimensão social ampla em que se inserem os estigmas e outros constrangimentos do *status* especial associado à dor crônica como, por exemplo, a empregabilidade, a crítica, a “compaixão”.

Com base na Teoria do Portão ou de Controlo da Dor de Melzak (1982; 1993) e de acordo com o modelo cognitivo-comportamental, as crenças e significados atribuídos a experiências vividas são determinantes no sentir da dor (Turk, 2003 cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005). Este modelo pode ser integrado como parte da Teoria do Portão (ou do Controlo da Dor) de Melzak (1982; 1993; 1998 cit. in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005) já referido, como variáveis centrais que participam na interação entre ativação ascendente (informação sensorial) e ativação descendente (informação que vem do sistema nervoso central) como propostas pela Teoria do Portão. As implicações do modelo cognitivo-comportamental para o tratamento são claras: a pessoa tem necessariamente de modificar o significado das suas experiências passadas e assim adquirir um sentido de controlo sobre os efeitos da dor - o foco da sua atenção pode e deve ser modificado para incluir outros eventos e atividades. Sucessos e eventos positivos em geral, devem ser atribuídos e provir de um *locus* de controlo interno. Distorções cognitivas como a dramatizações, sensações de catástrofe ou de

impotência são analisadas e postas em causa por forma a promover o controlo das respostas por parte do paciente.

Outras variáveis do sistema nervoso central referem-se a reações emocionais do sujeito às suas sensações corporais, às suas situações e contextos associados à dor, bem como o significado emocional da dor para a pessoa.

De um ponto de vista da terapia analítico-funcional, uma preocupação central é que as condições de dor crônica se caracterizam pela perda de interesse por grande parte dos eventos do mundo externo. O paciente investe os seus esforços na busca de novos diagnósticos médicos e de todo o tipo de tratamentos deixando de lado aspetos importantes da vida quotidiana como as atividades físicas, sociais ou profissionais gerando uma diminuição significativa de reforços positivos. Ambientes nos quais a dor é mais evidente podem passar a ser percebidos como adversos. Padrões de comportamento de evitamento ou fuga levam a ciclos viciosos em que a qualidade de vida se deteriora progressivamente e a dor toma cada vez mais espaço na vida do paciente (Vandenberghe, 2005 cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005). Atitudes passivas e defensivas geram portanto dificuldades interpessoais e a busca incessante por um diagnóstico médico específico dificulta a aceitação de tratamento psicológico.

A terapia de grupo proposta por Luc Vandenberghe e Cristina Lemes Barbosa Ferro busca uma redefinição da forma como o paciente compreende e interage com a dor o que significa ampliar a interpretação das suas queixas tendo em atenção fatores vivenciais, situacionais e comportamentais. Não se trata de sugerir explicações ou adotar estratégias propostas pelo psicólogo mas de uma mudança de atitude do próprio paciente como agente ativo nesta mudança. As relações que se desenvolvem entre terapeuta e participantes e entre os participantes constituem o contexto que pode propiciar esta mudança. A ênfase dada ao que acontece entre os sujeitos presentes decorre do modelo teórico que enfatiza o papel central do paciente (Vandenberghe, Cruz e Ferro, 2003 cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005).

O grupo possibilita discussões acerca das implicações e significados que situações vividas na dor crônica têm para os pacientes: a troca de experiências e a confrontação de diferentes pontos de vista podem facilitar a correção de pensamentos catastróficos e crenças disfuncionais relevantes bem como a elaboração e a prática de competências de *coping*. Estas possibilidades foram já exploradas nas terapias de grupo de tipo cognitivo-

comportamental. Porém, a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP; Kohlenberg e Tsai, 1987; 1991/2001 cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005) abriu ao terapeuta comportamental um leque de novas possibilidades. As abordagens anteriores deixavam de lado a relação terapêutica. A análise funcional da relação entre paciente e terapeuta, proposta por Kohlenberg e Tsai em 1987 (cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005), possibilitou a introdução do potencial terapêutico resultante deste relacionamento estabelecido durante a própria sessão, transformando a Terapia Comportamental numa psicoterapia mais abrangente.

O conceito que os criadores da Terapia Analítica Funcional desenvolveram para a terapia individual foi incorporado na terapia de grupo. As relações interpessoais, que constituem o ambiente terapêutico, são as principais fontes relevantes que serão trabalhados pelo terapeuta valorizando as experiências em si mesmas (Vandenberghe, 2004 cit in L. Vandenberghe e C.L.B.Ferro 2005). As estratégias da Terapia Analítica Funcional vêm de encontro às necessidades do terapeuta em trabalhar com vivências genuínas. O grupo aumenta o leque de possibilidades terapêuticas, porque os participantes aprendem com base nas trocas de experiências. O grupo é assim um ambiente de vivência intensa onde os diferentes comportamentos que sustentam a dor crônica podem ocorrer, tal como os progressos ao vivo e no qual o controle verbal sobre os comportamentos se torna explícito. O grupo de Terapia Analítica Funcional proporciona oportunidades de transformação profunda que vão além do grupo de terapia da dor.

As metas gerais do grupo incluem: a) explorar implicações e significados da dor nos contextos em que esta é mais intensa; b) elaboração e treino de capacidades próprias no manejo de dor; c) buscar uma redefinição dos papéis sociais dos participantes: nos relacionamentos, no trabalho, na família etc., já que estes estão envolvidos em ciclos viciosos que mantêm a dor.

d) Psicoterapia Transpessoal: Meditação da “atenção plena” do corpo (*Mindfulness meditation-based*)

O estudo de John J. Miller, M.D., Ken Fletcher, Ph.D. e Jon Kabat-Zinn, Ph.D., publicado em 1995 analisou 22 sujeitos e concluiu que a prática sistemática da Meditação da Atenção Plena (*Mindfulness Meditation*) obtinha uma redução efetiva dos níveis de ansiedade no final das sessões de treino bem como nos 3 meses subsequentes. O estudo transversal concluiu que 18 dos 22 sujeitos iniciais mantinham os ganhos obtidos passados 3 anos. Assim

“Concluimos que um programa intensivo, mas por tempo limitado num grupo de intervenção para a redução de stresse baseado na meditação “mindfulness” pode ter, a longo prazo, efeitos benéficos no tratamento de pessoas diagnosticadas com transtornos de ansiedade”.

Este estudo foi efetuado no âmbito do Programa de Redução de Stress e Relaxamento (SR&RP) no Centro Medico da Universidade de Massachusetts na forma de 1 sessão semanal com a duração total de 8 semanas. As sessões semanais constam de um treino intensivo preparando o paciente para a prática individual e diária desta forma de meditação. As técnicas formais da meditação incluem a consciência plena do corpo, meditação sentada e prática de alguns movimentos de *hatha yoga*. Em paralelo e durante a formação os formandos devem praticar exercícios de “atenção plena” em algumas das suas atividades específicas integrantes das suas rotinas diárias.

Esta prática de meditação tem as suas raízes na tradição Budista. A expressão “Atenção Plena” (*mindfulness*) pretende cultivar o reconhecimento e aceitação intencional e plena do momento presente e de forma incondicional, isto é, sem efetuar qualquer juízo sobre o mesmo.

M. Epstein et al. 1988 (cit in Kabat-Zinn J. et al 1995), estabelece uma similitude entre esta “Atenção Plena” e a caracterização de Freud sobre o estado de espírito ideal do psicanalista numa sessão terapêutica: *“.....dois aspetos fundamentais: a ausência de juízo crítico ou tentativa deliberada para selecionar, concentrar, ou compreender; e a mesma atenção, igual e imparcial sobre tudo o que ocorre dentro do campo da percepção ou consciência”.*

Em vários trabalhos, J. Kabat-Zinn, refere que o treino da meditação em “atenção plena” no contexto do referido do SR&RP mostrou-se igualmente eficiente no autocontrolo da dor crónica pela redução de sintomas físicos e emocionais relacionados com outras perturbações que não as diretamente relacionadas com a dor como por exemplo, transtornos relacionados com o stress ou outros problemas clínicos.

Kutz I, Borysenko J, Benson H 1985 (cit in Kabat-Zinn J. et al 1995) mostraram ser igualmente uma mais-valia como complemento às psicoterapias.

e) Psicoterapia Dinâmica

Existe pouca literatura disponível sobre a prática de psicoterapias de orientação dinâmica aplicada a casos de dor crónica.

No entanto identificamos dois documentos sobre o assunto que nos mereceram particular relevo:

a) Graeme J. Taylor, 2008, refere a resistência por parte dos clínicos a enviar pacientes com dor crônica “atípica” para psicanálise. Acontece o mesmo por parte de pacientes que queixando-se de dores físicas concordem em se submeter a uma psicanálise. No entanto o autor sugere, como aliás é corrente na literatura já exposta, que segundo a compreensão psicanalítica essas dores são sintomas de conversão com origem na vivência durante a infância de traumas emocionais patológicos nas relações de objetos internos ou de experiências de vinculações adversas que afetam a mente-cérebro-corpo. Este processo é analisado e integrado à luz da nova teoria da matriz neuronal da dor e oferecer um tratamento psicanalítico específico para pacientes com síndrome de dor crônica.

b) Stuart D. Perlman, Janeiro de 1996, refere que os conceitos teóricos que relacionam psicogenia e dor no corpo estão nas origens da psicanálise. Começando com os estudos da Histeria em 1893, Freud (1895, 1896a, 1896b, 1896c) focou o trauma no desenvolvimento de síndromas da dor. Este trauma podia ser uma experiência atual, como referida em casos de stress pós-traumático ou numa experiência da infância como no caso dum abuso sexual. De acordo com este ponto de vista um trauma atual seria amplificado por um seu antecedente da infância. Freud foi influenciado por Breuer, que acreditava que as experiências traumáticas dos pacientes ficavam encapsuladas numa “hipnoide”: - este encapsulamento dificultaria o acesso a essas memórias traumáticas (Giovacchini, 1994 cit in Perlman S.D. 1996). Freud questionava-se entre esta opinião sobre o trauma e a teoria da sedução, baseada nos desejos sexuais e nas fantasias próprias das crianças. No trabalho comum com Breuer, postulavam que estes traumas recalcados se expressavam em manifestações corporais na forma de histeria. O adjetivo “histérico” era então usado para descrever disfunções corporais que não poderiam ser explicadas medicamente, incluindo a dor persistente (crônica). Freud acreditava que quando estas memórias fossem trazidas ao consciente dar-se-ia a cura dos sintomas corporais. Posteriormente Freud abandonou o conceito de trauma e da teoria da sedução concentrando-se na problemática da pulsão sexual.

Para Reich (1945/1972) 1994 (cit in Perlman S.D. 1996), as emoções e as experiências ficam “impregnadas” no corpo, produzindo uma tensão muscular, que denominou de “armadura de caráter”. Reich desenvolveu novas técnicas para libertar estes estados

emocionais pela redução da tensão corporal com os exercícios respiratórios e consciência postural.

Alexander (1950, 1961) (cit in Perlman S.D. 1996), referia-se ao corpo como comunicando metaforicamente as suas necessidades e conflitos. Por exemplo, o medo que a verbalização da raiva ou de ansiedades pudessem ferir o outro poderia manifestar-se em dificuldades corporais na fala ou no respirar. Alexander usou estas ideias no tratamento de patologias psicossomáticas como o trauma, a hipertensão e a colite ulcerosa.

Mais recentemente, Bowlby (1988) e Stern (1985) (cit in Perlman S.D. 1996), na clinica infantil, enfatizaram a importância da vinculação da criança à mãe (ou cuidador) como elemento securizante fundamental no seu desenvolvimento posterior. Aspectos da dor física podem pois ser vistos como um grito de ajuda num relacionamento fundamental em que só algumas das necessidades da criança foram colmatadas e outras necessidades ignoradas.

Já investigadores psicanalíticos, como Beebe (1993) e Emde (1991) (cit in Perlman S.D. 1996), apontam para a existência de dois sistemas paralelos na codificação das memórias. Clyman (1992) (cit in Perlman S.D. 1996), colega de Emde, escreveu um artigo sobre estes dois sistemas memórias, baseado na suposição que estes sistemas estão delimitados biológica e neurologicamente. Um sistema é verbal articulado e integrado, que referiu como “memória declarativa” só começando a funcionar pelos 3 - 4 anos de idade e dependente da maturação do hipocampo. O segundo sistema da memória, “memória processual”, consiste em experiências corporais cenestesicamente codificadas no próprio corpo e está disponível desde o nascimento. O conceito destes dois sistemas da memória tem implicações em termos da disponibilidade dessas memórias e como estas podem ser acedidas. O seu acesso pode ter por base o tipo de experiência e a idade do sujeito no momento em que o trauma foi vivenciado. Uma consequência direta seria que as primeiras experiências são mais propensas a estar codificadas no corpo de forma somática em oposição às memórias mais tardias. A teoria também sugere portanto que antes de 3 anos de idade quase todas as memórias estão armazenadas em processos inconscientes e corporais.

A ideia de que existem vários sistemas de armazenamento de memória é compatível com o que Perlman tem observado no seu trabalho. Já anteriormente (1993) tinha destacado o processo de somatização em vítimas de abuso sexual e na dificuldade em aceder a essas memórias traumáticas não elaboradas. Num artigo mais recente (Perlman, 1995), abordou a questão do analista acreditar ou não na história do paciente de abuso e como a sua atitude afeta o acesso a estas memórias traumáticas. Sugeriu a resistência do analista à

contratransferência para reconhecer o abuso sexual bem como outros abusos e transtornos múltiplos de personalidade.

As evidências acumuladas sobre a natureza das memórias traumáticas, do seu armazenamento e recuperação sugerem a importância de integrar as memórias verbais, traumáticas bem como as memórias corporais numa experiência totalmente integrada e articulada.

I.5 – Estudos empíricos

Encontramos somente seis estudos empíricos sobre esta temática. Destes apresentamos os cinco mais recentes e significativos:

a) Processamento automático de dor: a mudança das associações implícitas na dor após psicoterapia

Estudo realizado por M. Grumm, K. Erbe, G. von Collani e S. Nestler, 2008, que avalia as crenças cognitivas disfuncionais em pacientes com dor crônica antes e depois de uma terapia cognitivo-comportamental. Um grupo de 25 pacientes com dor crônica (N = 25) em 4 semanas de psicoterapia cognitivo-comportamental é comparado com um grupo de controlo sem tratamento e saudáveis (N = 27) em dois pontos no tempo. Ambos os grupos responderam a um Questionário de Autoestima (Escala de Rosenberg) e um Teste de Associação Implícita (TAI). No grupo clínico foi aplicado um questionário de auto-avaliação cognitiva referente à dor. O TAI foi capaz de diferenciar os pacientes com dor crônica dos saudáveis antes do tratamento. O TAI permitiu detetar mudanças nas associações implícitas, relacionados com a dor durante a terapia. Estes resultados fornecem a primeira evidência de uma aplicação do TAI na investigação da dor crônica.

b) Impacto da dor no resultado duma psicoterapia de grupo

Estudo realizado por J. Ogrodniczuk, W. E. Piper, A.S. Joyce, Maio de 2008. Este estudo quantitativo investigou a influência da dor num grupo de 48 pacientes psiquiátricos com comorbidade com depressão major e alexitímia, repartidos em dois grupos de psicoterapias de grupo diferenciadas durante 12 semanas. As psicoterapias destinavam-se a minorar o impacto de lutos recentes. Os pacientes estavam medicados com antidepressivos. Concluíram que a dor tinha um impacto negativo na evolução da depressão sendo responsável duma variância de 13% a 21% dos resultados. O efeito negativo da dor foi

consistente em ambos os tipos de terapia de grupo. O uso de medicação antidepressiva não afetou diferencialmente o impacto da dor sobre o resultado das psicoterapias. Identificar e tratar a dor em comorbidade, pode melhorar os resultados do tratamento psicoterapêutico em pacientes deprimidos.

c) Estudo comparativo do resultado obtido da terapia cognitivo-comportamental em relação à psicoterapia de apoio com pacientes com o HIV e dor neuropática periférica

Estudo realizado por S.Evans, B. Fishman, L. Spielman, A. Haley em 2003.

Este estudo, quantitativo, envolveu 61 pacientes com HIV e dor neuropática. Os sujeitos foram divididos aleatoriamente em 2 grupos: cada grupo teve seis sessões semanais de terapia cognitivo-comportamental e de psicoterapia de apoio. Só 33 indivíduos completaram o protocolo. Os dados indicam que ambos os grupos apresentaram reduções significativas na dor. O grupo cognitivo-comportamental a melhoria verificou-se na maioria das áreas de comorbidade relacionadas com a dor enquanto o grupo de psicoterapia de apoio mostraram menores ganhos. A taxa de *dropouts* sugere que os tratamentos psicoterapêuticos para indivíduos com HIV e com dor podem ter uma aceitação e viabilidade limitadas.

d) Resultado obtido pela psicoterapia breve, de base dinâmica, em grupos de pacientes, em regime ambulatorio e com dor crônica nas costas (lombalgia)

Estudo realizado por D. J. Meighan, apresentado em Janeiro de 2001.

Este estudo, quantitativo, envolveu uma amostra de 137 pacientes sofrendo de lombalgia, que se caracteriza por uma dor crônica nas costas, inexplicável, diagnosticada como psicossomática benigna ou “Tension Myositis Syndrome” (Sarno, 1998). Estes pacientes apresentavam um quadro psicológico de autorrepressão pelo que se considerou ser a dor resultado da internalização de emoções e de conflitos inconscientes reprimidos. Seguiram uma terapia de grupo de orientação psicanalítica. A análise dos dados confirma parcialmente as hipóteses: verificou-se uma redução significativa da dor, sua frequência e duração, bem como alguns dos valores medidos de ansiedade e depressão (e também da agressividade). Verificou-se igualmente um incremento significativo de atividade motora, inclusive laboral. O estudo sugere que a psicoterapia dinâmica pode ser um tratamento eficaz para esta patologia clínica.

e) **A influencia de fatores cognitivos no tratamento multidisciplinar da dor cronica**, de Estudo de J.W. Burns, J.W. Burns, B. Glenn, S. Bruehl, R.N. Harden, K. Lofland de 2003. Estudo realizado com um painel de 65 pacientes sofrendo de dor cronica e participando num programa multidisciplinar de 4 semanas. Os resultados mostraram que o tratamento precoce de cognições como desamparo, catastrofização e ansiedade conduziam a uma redução na duração do tratamento da dor bem como da sua intensidade.

I.6 – Conclusão

O tema abordado, dor cronica, é muito recente. Esta pode ser a explicação para a pouca produção científica sobre o assunto.

Em termos de estudos empíricos, só identificámos 5 estudos. Todos andam à volta do mesmo tema: dor e depressão.

Os custos das terapias da dor estão em acentuado crescimento pelo aumento do número de pacientes mas também pelo custo de terapias medicas eventualmente mais eficazes mas claramente mais dispendiosas. A psicologia está entrosada no processo terapêutico e portanto também nos seus custos.

Parece-nos pertinente analisar os Processo de Mudança em psicoterapias individuais realizadas em pacientes as quais foram considerados pelos clínicos, pelos psicólogos mas sobretudo por eles próprios, casos de sucesso.

Talvez assim pudéssemos descobrir as pistas que estão na base deste sucesso e favorecendo a insistência nestas conclusões, fosse possível encurtar as psicoterapia, torná-las mais eficazes, reduzir os *dropouts* e assim contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e para a redução dos custos totais associados a esta patologia.

Dáí considerarmos a pertinência deste estudo.

I.7 – Referencias bibliográficas

- Buljan D., 2009, *Psychological and Psychiatric Factors of Chronic Pain*, Rad 504. Medical Sciences 33:129-140
- Burns, J.W.; Glenn, B.; Bruehl, S.; Harden, R.N.; Lofland, K, 2003, *Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis*, Behaviour Research and Therapy, Vol 41(10), pp.1163-1182. [Journal Article]
- Burns J.W. et al., 2003, *Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis*, Behaviour Research and Therapy 41, 1163–1182
- Evans S., Fishman B., Spielman L., Haley A., 2003, *Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain*, Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, Vol 44(1), pp. 44-50. [Journal Article]
- Demarin V.,2009, *Scientific Approach to Pain*, Rad 504. Medical Sciences 33: 31-32
- Grumm M., Erbe K., von Collani G.,Nestler S.,2008, *Automatic processing of pain: The change of implicit pain associations after psychotherapy*, Behaviour Research & Therapy 46, 701-714
- Meighan D.J., 2001, *A short-term dynamic group psychotherapy for chronic back pain outpatients*, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 61(7-B), pp. 3851. [Dissertation]
- Miller J.J., Fletcher K., Kabat-Zinn J., 1995, *Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders.*, General Hospital Psychiatry 17, 192-200

- Ogrodniczuk J., Piper W.E., Joyce A.S., 2008, *Impact of pain on the outcome of group psychotherapy*, International Journal of Clinical and Health Psychology Vol. 8, N° 2, pp. 399-409
- Perlman S.D. *Psychoanalytic Treatment of Chronic Pain: The Body Speaks on Multiple Levels, 1996*, Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Vol. 24, Nr. 2
- Poleshuck E.L., Gamble S.A., Cort N. et al., 2010 *Interpersonal Psychotherapy for Co-occurring Depression and Chronic Pain*, Professional Psychology: Research and Practice, American Psychological Association Vol. 41, No. 4, 312–318
- Rubin J., (2005), *Psychosomatic Pain: New Insights and Management Strategies* Southern Medical Journal Volume 98, Number 11
- Taylor G.J., 2008, *The Challenge of Chronic Pain: A Psychoanalytic Approach*, Journal of American Academy of Psychoanalysis, 36:49-68
- Tumlin T.R., Kvaal S., 2004, *Psychoterapeutic Issues Encountered in the Psychotherapy of Chronic Pain Patients*, Current Pain and Headache Reports, 8:125–129
- Tumlin T.R., 2001, *Treating Chronic-Pain Patients in Psychotherapy*; Session: Psychotherapy in Practice, Vol. 57(11), 1277–1288
- Vandenberghe L., Ferro C.L.B., 2005, *Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas*, Psicologia: Teoria e Prática 7: 137-151

Artigo – II: Estudo Empírico

Resumo

Na dor crônica o acompanhamento psicoterapêutico dos pacientes tem-se revelado como uma importante mais-valia para o controle da dor e na melhoria da qualidade de vida.

Da revisão de literatura não encontramos nenhum estudo que analisasse os processos de mudança em psicoterapia com estes pacientes. Pretendemos investigar como essa mais-valia se estabelece e é percebida pelos pacientes. Para tal dispusemos de uma amostra de 6 sujeitos que após 1 ano de psicoterapia obtiveram resultados claramente positivos. A psicoterapia seguiu uma linha de orientação psicanalítica. O estudo, de natureza qualitativa e baseado na *Grounded Theory*, constou da análise de entrevistas de 1 hora cada, do tipo semiestruturada e seguindo o guião da “Entrevista de Mudança Psicoterapêutica de Cliente”. Concluimos que nestes sujeitos os resultados obtidos se basearam na articulação de duas componentes: a dinâmica, que se manifesta necessária para uma revisão ou revisitação das memórias passadas, da sua melhor compreensão e mesmo reestruturação; e pela atitude de acompanhamento ativo e dirigido, *counseling* e *coaching*, desenvolvidas pela terapeuta que permite aos sujeitos readaptarem-se à sua atual condição de saúde e à sua envolvente familiar e social. Estas duas dimensões estão referenciadas na literatura: a dinâmica porquanto a dor crônica está frequentemente associada à vivência de situações de violência na infância e à dificuldade de *insight* destes sujeitos; o acompanhamento, pela reconhecida dificuldade de *coping* e de adaptação também por eles manifestada.

Todo este processo exige uma bem estabelecida Aliança Terapêutica, com alguns contornos específicos, que urge implementar rapidamente e manter durante todo o processo terapêutico.

Palavras-chave: Dor crônica, psicoterapia, psicopatologia, momentos significativos, processos de mudança

Abstract

Psychotherapy with chronic pain patients has been shown to be an important asset for pain control and improved quality of life. Out the literature review we did not find any studies that examine the processes of change in psychotherapy with these patients. We intend to investigate how this added value is established and perceived by the patients. To this task we found a group of 6 subjects, that after 1 year of psychotherapy obtained clearly positive results. Psychotherapy followed psychoanalytic line. The study was qualitative and based on Grounded Theory. The analysis consisted of interviews of 1 hour each, following the script of "Interview Psychotherapeutic Change Client". We conclude that in these subjects the results were based on the articulation of two components: a psychodynamic one by reviewing their past memories in order to better understanding and restructuring it, and an active attitude from the therapist in counseling and coaching them by helping the individuals to improve their behavior regarding their health condition and their family and social relationship. These two dimensions are referenced in the literature: the dynamics because chronic pain is often associated with experiences of childhood violence situations and the difficulty of insight into these subjects; counseling and coaching due to their difficulty of coping and adaptation. This all requires a well established Therapeutics Alliance, with some specific contours during the therapeutic process.

Keywords: Chronic pain, psychotherapy, psychopathology, significant moments, change processes

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução: Psicoterapia em Dor Crónica | 1 |
| Metodologia | 2 |
| Caracterização da amostra | 2 |
| Procedimento e Recolha de dados | 3 |
| Instrumentos | 3 |
| Análise de dados | 4 |
| Resultados | 11 |
| Discussão | 14 |
| Conclusões | 17 |
| Referências bibliográficas | 19 |

ANEXOS

- A – Termo de Consentimento Livre Informado
- B – Carta sobre o consentimento informado com os respetivos anexos
- C – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica de Cliente
- D – Transcrição das entrevistas (6): CVL; CP; MLC; MOM; MGM e SC
- E – Diagrama de codificação axial da participante CVL
- F – Diagrama de codificação conceptual da participante CVL
- G – Cotações referentes à entrevista P1: CVL;
- H – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Relação Terapêutica”
- I – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Processo Terapêutico”
- J – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Mudança na Psicoterapia”

Introdução: Psicoterapia em Dor Crônica

Da revisão de literatura efetuada necessária a este estudo e talvez por se tratar dum assunto muito recente, constatámos a existência de relativamente poucos artigos científicos nesta área, seja na caracterização psicológica desta população, seja em propostas psicoterapêuticas específicas ou seja também no número de estudos empíricos publicados.

A literatura realça a importância do apoio psicoterapêutico nestes pacientes como uma das terapias coadjuvantes com mais efeitos no controlo da dor crônica. Da caracterização desta população constata-se uma elevada comorbidade com estados depressivos. D. Buljan (2009) estima que do universo de pacientes com dor crônica, 35% sofram de depressão, 22% apresentam transtornos de prevalência neurótica e que cerca de 2% apresentam patologias da personalidade do tipo borderline, com somatização ou mesmo do tipo psicótico.

Quanto a estudos empíricos, da literatura consultada, identificámos somente 5 estudos sobre esta temática:

- a) M. Grumm, K. Erbe, G. von Collani e S. Nestler, (2008) que avaliam as crenças cognitivas disfuncionais em pacientes com dor crônica antes e depois de uma terapia cognitivo-comportamental;
- b) J. Ogrodniczuk, W. E. Piper, A.S. Joyce, (Maio 2008), que analisaram o impacto da dor no resultado de psicoterapias destinadas a minorar a depressão resultante de lutos recentes;
- c) S.Evans, B. Fishman, L. Spielman, A. Haley (2003), que avaliam o resultado obtido da terapia cognitivo-comportamental em relação à psicoterapia de apoio com pacientes com o VIH e dor neuropática periférica;
- d) D. J. Meighan, apresentado em Janeiro de 2001, que apresentam o resultado obtido pela psicoterapia breve, de base dinâmica, em grupos de pacientes em regime ambulatorio e com dor crônica nas costas (lombalgia);
- f) J.W. Burns, J.W. Burns, B. Glenn, S. Bruehl, R.N. Harden, K. Lofland (2003), que analisam a influência de fatores cognitivos no tratamento multidisciplinar da dor crônica.

Na Unidade Multidisciplinar da Dor Crônica (UMD) do Hospital de Sta. Maria entre 2008 e meados de 2012, numa amostra de 127 pacientes sujeitos a avaliação psicológica, a 87% foi-lhes identificada perturbação psicológica do foro depressivo. Destes, 92% apresentavam uma depressão do tipo neurótico. Parte destes pacientes aceitaram seguir uma psicoterapia de apoio

de orientação psicodinâmica. A prática na UMD é de psicoterapias com duração de 1 ano, com sessões 1 vez por semana seguida dum *follow-up*.

Pareceu-nos pois interessante e pela aparente ausência de estudos nesta área, analisar os “Processos de Mudança” e os aspetos da psicoterapia mais valorizados por 6 pacientes que concluíram, com sucesso, o processo psicoterapêutico. Tal conhecimento poderia dar informação relevante aos psicoterapeutas por forma a otimizarem a sua técnica, reduzindo a duração da sua intervenção bem como o número de *drop-outs*. Esta seria assim uma contribuição para uma mais rápida melhoria da qualidade de vida destes pacientes e significaria uma redução dos custos associados aos cuidados médicos e terapêuticos associados.

Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 6 pacientes do sexo feminino da UMD. O critério de escolha foi o estarem já em fase de *follow-up* depois de passarem por uma psicoterapia semanal e individual de duração média de 1 anos tendo assim reduzido ou terminado a toma de analgésicos. Com base nestes critérios a seleção e o convite formal às participantes foi decidido e endereçado pela responsável da área da Psicóloga Clínica da UMD após anuência da Coordenadora da Unidade. A idade das participantes situa-se entre os 35 e 55 anos e a sua situação/ocupação é: doméstica-2; de baixa de saúde-1; reformada-1; com atividade laboral ativa-2. Metade da amostra está casada e a outra divorciada ou separada. O grau de instrução é: 2 com ensino básico e as restantes médio ou médio-superior. Dos 6 elementos, 3 tinham um perfil do tipo neurótico, 2 perfil neurótico obsessivo sendo que 1 apontava para uma situação, à partida, de depressão do tipo psicótico fruto dum grave trauma familiar mas que reverteu. Por último referir que 2 das participantes fizeram psicoterapia alternando com hipnoterapia a cujas sessões a psicóloga assistia. Esta prática, totalmente inovadora pelo menos na área da dor crónica, tem demonstrado sucesso em casos específicos não fazendo contudo parte deste estudo.

Procedimento e recolha de dados

O 1º contacto com as participantes foi realizado pela responsável da área da psicologia, explicando o projeto e convidando-as a participar. Tendo anuído, marcou-se imediatamente a data e hora para uma 1ª entrevista conosco a realizar num gabinete da UMD.

Na 1ª entrevista, preparatória, de duração de 45 minutos foi explicado o conteúdo do estudo, o seu contexto, detalhando os critérios éticos e de confidencialidade do mesmo, bem como os direitos da participante de desistência em qualquer momento do processo sendo, nesse caso, destruído todo o material até então recolhido. Foi explicado que a participação consistia numa entrevista a ser gravada, de 1 hora de duração, sendo esta orientada em torno das mudanças que identificavam como tendo sido induzidas pela psicoterapia. Por último entregámos a cada participante a “Carta sobre o Consentimento Informado” (em anexo) por nós devidamente datada e assinada. Foi igualmente entregue o “Termo de Consentimento Livre Informado” (em anexo) com o pedido que nos devolvessem devidamente assinado na próxima entrevista, caso após reflexão concordassem integralmente com o seu teor. Explicámos que sem esse documento não poderíamos proceder à entrevista. Por fim marcou-se a data, hora e local da 2ª entrevista destinada à recolha de dados.

A 2ª entrevista, realizada entre 2 e 3 semanas após a 1ª, destinou-se à recolha de dados, por gravação áudio. A entrevista, do tipo semiestruturada, seguiu o guião “Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente” (em anexo).

Após as entrevistas estas foram convenientemente transcritas (em anexo) para análise posterior.

Instrumentos

Além do gravador áudio foram utilizados 4 instrumentos que se descrevem e 3 dos quais apresentados em anexo:

Carta sobre o consentimento informado: nesta carta, assinada e entregue por nós, identificamo-nos, dando as nossas coordenadas de contacto. Refere o nosso perfil, o contexto em que se elabora este estudo e qual o objetivo último a que nos propomos explicando em detalhe os procedimentos da 2ª entrevista. Por último explicita as garantias de confidencialidade, da liberdade de desistência e neste caso da destruição de todo o material recolhido. Também a de ser informada sobre os resultados obtidos neste estudo e das suas etapas, caso o solicite. Esta carta tem 2 anexos:” Tópicos para a Entrevista” que pretende ser

um texto guia de reflexão com intuito recordatório e estruturante para a participante sobre aspectos da psicoterapia e “Registo de Entrevista de Mudança” para registo das mudanças ocorridas e sua valoração.

Termo de consentimento informado, que obedece aos critérios éticos aceites e praticados.

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente, sendo este o guião da entrevista principal.

De referir que seguimos com o máximo rigor possível o Questionário para a Entrevista nas páginas 5 a 7 do referido documento.

Software Atlas.ti, que nos permitiu a análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas e estava instalado num computador portátil cedido para o efeito pelo ISPA.

Análise dos dados.

Os dados recolhidos, em si, são muito heterogêneos: pelo tipo de entrevista, semiestruturada, pela capacidade de condensação ou dispersão das participantes relativamente aos elementos centrais objetivo da entrevista e pela necessidade de repetição ou exagero de detalhe de algumas participantes.

Para este estudo baseamo-nos na Grounded Theory clássica. Isto é, *ad-initium* não partimos de nenhuma hipótese teórica. Simplesmente pretendemos, com base nas entrevistas realizadas e numa metodologia hermenêutica, descobrir uma leitura da realidade (mudanças em psicoterapia em sujeitos com dor crónica) através do diálogo com esses sujeitos. Esta aproximação tem por base a possibilidade de fazer emergir, de forma intuitiva, unidades de significado constitutivas duma teoria, nova, enraizada em dados concretos. Como refere Maria A. Yunes, “A *grounded-theory* é definida como a teoria indutivamente derivada do estudo do fenómeno que ela representa”, e “Nesse sentido, os conceitos teóricos emergem dos dados e não são impostos a eles (Strauss & Corbin, 1990)”. Em simultâneo desenvolve-se uma vertente dedutiva necessária à consolidação da teoria pelo seu “enraizamento” numa base mais alargada, a totalidade dos dados em análise (no nosso caso, o total das seis entrevistas). É portanto um processo de avanços e recuos, iterativo, na confrontação das propostas hermenêuticas e da sua reformulação com base na realidade que vai sendo “revelada”. Resumindo: um processo iterativo do tipo indutivo-dedutivo. Cada análise (conjunto formado pelos dados obtidos e pelo investigador) segue pois um caminho próprio e específico.

Os dados recolhidos em gravação áudio foram transcritos para documento em suporte informático. Para a análise das 6 entrevistas utilizamos, como indicado, o software Atlas.ti.

Procedeu-se à leitura dos textos de forma corrida no sentido de obter uma compreensão global. Seguidamente iniciou-se a cotação dos textos por unidades de análise com o objetivo de realçar as frases e palavras com conteúdo significativo e também excluir da análise detalhes ou pormenores descritivos que em nada acrescentam ao conteúdo que pretendemos investigar.

Para obter uma perceção tanto quanto possível homogénea das 6 entrevistas, procedemos primeiro a uma codificação aberta, muito abrangente que incluísse toda a problemática envolvida com cada participante.

Posteriormente estabelecemos uma codificação axial, em que pretendemos codificar a informação por aspetos relevantes como, relações interpessoais, litígios e agressões, patologias médicas e terapias associadas e por ordem cronológica: infância, adolescência, vida adulta e momento presente (em anexo: Diagrama de codificação axial da participante CVL). Este procedimento permitiu-nos organizar mentalmente a informação relevante de todas as participantes.

Posteriormente iniciámos a codificação conceptual cujos resultados apresentamos:

Nota importante:

Nos capítulos seguintes são apresentados a título de exemplo afirmações extraídas da lista de citações realizadas no processo inerente à Grounded Theory. Todos esses exemplos são precedidos pela numeração da citação respetiva, sendo esta do tipo (x:yy): x é o número da entrevista (de 1 a 6) e yy corresponde ao nr. de ordem das citações desse texto. Em anexo apresentam-se todas as citações efetuadas.

Processo de Mudança: 3 categorias dominantes

Categorias Dominantes:

| | |
|----------------------------|---------------------------------|
| Processo de Mudança | Relação Terapêutica |
| | Processo Terapêutico |
| | Mudanças em Psicoterapia |

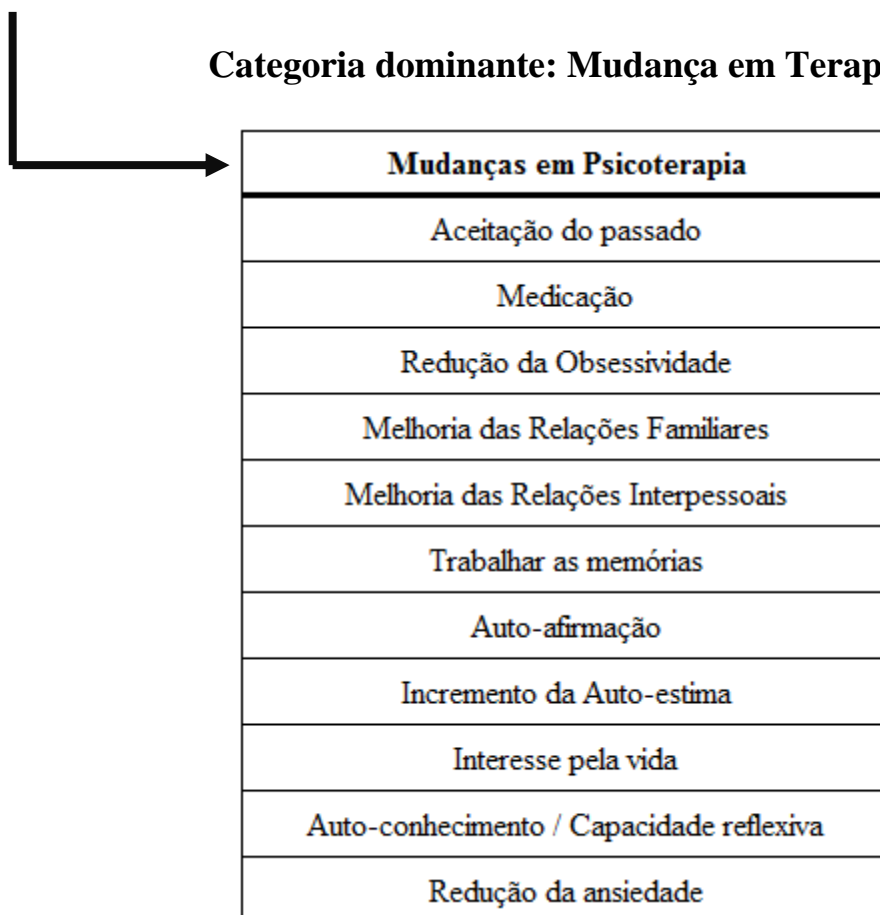
Categoria dominante: Relação terapêutica

| |
|---------------------------------|
| Relação Terapêutica |
| Empatia |
| Disponibilidade fora do Setting |
| Compreensão pelo sofrimento |

Categoria dominante: Processo terapêutico

| |
|---|
| Processo Terapêutico |
| Questionamento e refocagem |
| Correlacionar a atualidade com o passado |
| Identificação das áreas trabalhadas |
| Reconhecimento da importância do processo |
| Apoio na tomada de decisões |
| Trabalhar as memórias |
| Aportação da Hipnose |

Categoria dominante: Mudança em Terapia



The diagram consists of a vertical list of 13 items enclosed in a rectangular border. An L-shaped arrow points from the top-left towards the top of the list. The items are:

| |
|--|
| Mudanças em Psicoterapia |
| Aceitação do passado |
| Medicação |
| Redução da Obsessividade |
| Melhoria das Relações Familiares |
| Melhoria das Relações Interpessoais |
| Trabalhar as memórias |
| Auto-afirmação |
| Incremento da Auto-estima |
| Interesse pela vida |
| Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva |
| Redução da ansiedade |

Em detalhe e por cada uma das 3 categorias dominantes:

1. - Relação Terapêutica (a que correspondem 3 categorias)

1.1 - Empatia – é um aspeto que está presente em qualquer psicoterapia de sucesso sendo também particularmente importante nos pacientes com dor crónica. Empatia é a chave que permite o início do processo terapêutico. Ex.: (1:97) “...transmite pela sua serenidade um bem estar.”

1.2 - Disponibilidade fora do *setting* – esta é referida como uma ajuda, um apoio à mudança permanente que securiza e anima o sujeito a prosseguir no processo de mudança induzido pela psicoterapia. Daí o ser especialmente valorizada. Ex: (2:17) “*Exatamente: aqueles 5 - 10 minutos já chegavam*”

1.3 - Compreensão pelo sofrimento – os sofrimentos são muitos: físicos e emocionais, associados a relações interpessoais deterioradas, falta de compreensão dos outros e ao desespero da ausência de horizontes para a vida: “*É-se controlado pela dor e contra isto não*

há nada a fazer!”. Para o paciente é importante perceber que finalmente alguém o compreende e aceita, mas de forma genuína. Ex.: (4:40) *“E agora que o meu filho ia para Angola eu estava desejava de falar com ela. Eu estava desejava de falar com ela”*.

2 - Processo Terapêutico (a que correspondem 7 categorias)

2.1 – Questionamento e re-focagem – técnica muito utilizada que consiste em questionar, reformular mas sobretudo confrontar os participantes relativamente a “incongruências” entre discursos ou situações relatados no momento e outras anteriormente proferidas. Este procedimento é extensível a relatos da infância, sejam factos ou simples memórias. Como consequência as participantes referiam que estas situações as incitavam a reflexão intensa também entre as consultas. Ex.: (6:19) *“Não a ... parava e - então conte-me lá e tal o que pensou ou a levou a pensar em fazer isso? E as coisas acabavam por se ir soltando. Eu não me apercebia da informação que lhe dava”*

2.2 – Correlacionar atualidade e passado – procedimento idêntico ao anterior mas da iniciativa exclusiva do próprio terapeuta. O passado entende-se também como extensível às memórias relatadas da infância.

Ex.: (1:12) *“...embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente, veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança, adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas.”*

2.3 – Identificação das áreas trabalhadas – Durante as entrevista e quando questionadas sobre as mudanças surgidas pela psicoterapia, as participantes explicavam-no de forma bem estruturada. Tal também se passou nos relatos dos processos terapêuticos. Ex.: (2:37) *“Neste momento estamos a trabalhar numa coisa muito importante que é aprender a gostar de mim, a autoestima.”*

2.4 – Reconhecimento da importância do processo – os processos descritos foram sempre reconhecidos como importantes e necessários à terapia. No entanto reconheceram-nos como dolorosos tendo inclusive considerado interromper a terapia. Ex.: (3:30) *“Entrevistador: Mas as primeiras sessões disse que saiu muito triste e ... Participante: Triste e nervosa, difícil falar em situações muito complicadas.”*

2.5 – Apoio na tomada de decisões – este procedimento explica-se a si mesmo: as pacientes relatavam em cada sessão psicoterapêutica os factos relevantes passados recentemente. Com o desenrolar da terapia, muitos destes factos relacionavam-se com os próprios processos de

mudança individual. Havia que os analisar e tomar opções que eram discutidas e avaliados com a terapeuta Ex.: (3:22) “*ML: Eu não sei como é que é! Só sei que de repente aparece uma solução! E isso dá mais interesse para continuar. E acredito que vou conseguir*”.

2.6 – Trabalhar as memórias – foi manifesto um trabalho de apaziguamento e reestruturação de memórias passadas quando estas estavam desajustadas às realidades vividas, incluindo a idealização de personagens vinculativas. Ex.: (3:32) “*Voltava sempre. Queria era ter aquilo tudo arrumado nas gavetinhas certas*”

2.7 – Aportações da hipnose – como foi referido, duas das participantes faziam hipnoterapia de forma intercalada com a psicoterapia. O psicoterapeuta assistia às sessões de hipnose. Este trabalho alternado permitiu acelerar o processo por diminuição das resistências físicas e sobretudo psíquicas dos pacientes. Ex.: (6:31) “*Entrevistador: Foi uma viagem ao seu interior, mas acompanhada? SC: Pela psicoterapeuta. E pelo hipno-terapeuta, mas ao princípio resisti!*”

3 – Mudanças na Psicoterapia (a que correspondem 10 categorias)

3.1 – Aceitação do passado – Um bom resultado do trabalho com as memórias passadas em psicoterapia termina pela sua reformulação (se necessário) e pela sua aceitação. Ex.: (3:13) “*A relação com o pai do meu filho. Não relação, mas a aceitar as coisas que me fez.*”

3.2 – Medicação: controlo ou redução – Esta é um dos parâmetros com que se pode aferir o resultado da psicoterapia com este tipo de pacientes: no controlo, redução ou até no terminar com a medicação. Ex.: (5:22) “*Entrevistador: Mas agora em termos de dor, como é que é? MG: Doí-me. Doí-me! Sabe! Entrevistador: Mas não toma nada? MG: Não! Não entra aqui nada para as dores!*”

3.3 – Redução da obsessividade – A obsessividade e a necessidade da sua contenção, pareceu-nos trespassar as várias entrevistas. No entanto só encontramos 2 testemunhos. Ex.: (1:48) “*... já consigo estar. Desde há 1 ano consigo estar 3 a 4 meses sem aquela coisa que eu tenho de estar ao pé dos meus netos*”

3.4 – Melhoria das relações familiares – Este é um dos aspetos mais referidos como uma das principais mudanças vividas com a psicoterapia. Ex.: (4:17) “*Hoje não! Procuramo-nos um ao outro e até parece que estamos a viver um namoro*”

3.5 – Melhorias relações interpessoais – Como nas relações familiares, as relações interpessoais foram um dos aspetos onde reconhecem mudanças significativas. Ex.: (1:53)

“Ou seja no aspeto eu muitas vezes quero ter só eu a razão e não encontrar aquele meio-termo de ouvir e escutar.”

3.6 – Autoafirmação – Incluímos neste item também as ruturas com dependências (pessoas ou circunstâncias) relatadas com “castrantes” ou inibidoras. Ex.: (2:32) *“Ele ficou assim engasgado, não esperava que eu lhe respondesse porque se fosse noutra altura eu não tinha respondido.”*

3.7 – Incremento da autoestima – É frequente surgir no discurso das participantes a palavra “autoestima” ou um seu sinonimo, como um dos aspetos que mais beneficiaram da psicoterapia. Ex.: (2:28) *“... eu comecei com a ajuda de a apreciar o que há de bom em mim”*

3.8 – Interesse pela vida – Neste conceito integramos não só o interesse pela vida face ao desinteresse anterior mas também, à capacidade de deixar de ser dominado por “preocupações relativamente ao futuro” quando reconhecem que não há intervenção pessoal possível no presente que o possa alterar. Ex.: (6:27) *“Antes da terapia eu não equacionava longevidade como qualidade!”* ou (5:21) *“Antigamente chorava, ficava triste. Agora não! Até saio, tenho um grupo de amigos, saímos à noite: divertir-me.”*

3.9 – Autoconhecimento / Capacidade reflexiva – Se a capacidade reflexiva foi necessária para o Processo Terapêutico, esta capacidade é adquirida como uma Mudança “permanente” que permite ultrapassar desafios posteriores. Ex.: (6:24) *“SC: Exatamente. E acabou por ser um desafio porque acabamos por ir ao nosso interior e acabamos por nos conhecer melhor e perceber que se calhar podemos fazer mais e se calhar podemos fazer coisas melhor. E essa aceitação é um crescimento, pessoal”*

3.10 – Redução da ansiedade – Ex.: (6:8) *“Ainda hoje estava a dizer que consigo ir lá ao saco das ferramentas e pensar esta é a mais certa para aquele episódio, esta é a mais certa para aquele, e não me sinto angustiada”*

Resultados

O processo que conduziu à Codificação Conceptual foi elaborado por etapas. Começamos por estabelecer uma categoria dominante “Mudanças na Psicoterapia” já que estas resultavam duma pergunta direta nas entrevistas. Seguidamente e pelo elevado número de referências ao terapeuta estabelecemos outro conceito ou categoria dominante: “Relação Terapêutica”. Por último surge o “Processo Terapêutico” porquanto as participantes relacionavam de forma concreta o tipo de relação terapêutica estabelecida com a mudança verificada, detalhando o processo terapêutico pelo relato de vivências ocorridas durante as sessões de psicoterapia e após as mesmas. A partir destes conceitos fomos encontrando e sinalizando as categorias que conformavam cada conceito tal como apresentamos anteriormente.

Os resultados obtidos estão em linha com a literatura consultada, não constituindo em si uma surpresa.

No entanto, em nosso entender, revelam ou realçam aspetos singulares que nos parecem diretamente resultantes da característica destes sujeitos que, para além de sofrerem de dor crónica, apresentam uma depressão em comorbidade,

Convém ressaltar que estes sujeitos não se apresentam voluntariamente para uma psicoterapia. Geralmente não imaginam nem aceitam a comorbidade referida sendo esta talvez a razão do elevado número de *drop-outs*.

Nesta análise dos resultados, consideramos ser mais pertinente iniciá-la pelo Processo Terapêutico, continuar com a Relação Terapêutica e terminar com as Mudanças na Psicoterapia.

Assim, analisando as categorias subordinadas à Categoria Dominante Processo Terapêutico:

- Questionamento e re-focagem: esta técnica é muito corrente nas psicoterapias de apoio, de base humanista, rogeriana, no entanto em nosso entender aplica-se num sentido mais amplo isto é, o terapeuta introduz alguma diretividade à sua intervenção. Por re-focagem entendemos a proposta de novas relações de causalidade à luz de discursos anteriores e das suas ligações com relatos de infância. Muitos destes pacientes foram sujeitos a situações de violência traumática na infância e na adolescência, violência que pode estar na base de mecanismos de recalçamento e por oposição, de idealizações, distorcendo essas memórias.
- Correlacionar atualidade e passado. Esta técnica é iniciada pelo próprio terapeuta que tendo presente o relato de vida do sujeito, propõe novas pontes entre acontecimentos nunca imaginadas pelo sujeito. Desta forma despertando curiosidade para novas relações causais,

abre novas perspectivas de análise e incentiva autoanálises futuras. Estas duas categorias sugerem uma postura de diretividade por parte do terapeuta, como já referida.

- Identificação das áreas trabalhadas, esta é um processo que nos pareceu muito interessante: os sujeitos estão ao corrente que áreas de mudança estão a ser trabalhadas nas sessões. Este processo tanto pode estar presente no momento como em retrospectiva. Resultou importante para as participantes deste estudo saber onde tinham melhorado e a consciência das etapas do processo.

- Reconhecimento da importância do processo: Após a catarse inicial, o revisitar o passado causa frequentemente dores emocionais, sobretudo quando associado a processos tidos por resolvidos como lutos incompletos ou desidealização de personagens representativas. Se o sujeito estiver convencido de ganhos futuros, o número de *drop-outs* tenderá a diminuir.

- Apoio na tomada de decisões, uma mais-valias que estimula a adesão à psicoterapia. Esta pode resumir-se como as funções de *counseling* mas também de *coaching* do terapeuta. Estas técnicas dão aos sujeitos a confiança do apoio de alguém, o terapeuta, com quem podem discutir factos e atitudes, analisando-os, para melhor os compreender. Assegura-os de que, nos processos de mudança não estão sozinhos: - muitas destas mudanças estão associadas a alteração das relações interpessoais, familiares ou não, o que naturalmente desperta reações de terceiros, algumas violentas, que nem sempre fáceis de compreender ou aceitar.

Nesta técnica está incluída o treino e simulação de atitudes complexas que o sujeito antevêja como próximas, causadoras eventuais de reações indesejáveis de terceiros ou que o próprio sujeito pretenda provocar: assim dispõe duma segurança adicional que lhe advém do apoio do terapeuta e da sua análise previamente efetuada.

- Trabalhar as memórias, como já referido as memórias de pacientes com dor crónica, estão povoadas de agressões físicas e/ou emocionais com fundamento em injustiças ou abandonos. O reformular destas memórias é um ganho importante sobretudo na perenização dos ganhos alcançados na psicoterapia.

- Aportações da hipnose, este é um ponto muito específico de 2 participantes deste estudo. Este procedimento utilizado na UMD, só é possível quando existe suscetibilidade à hipnose por parte do sujeito. Neste caso esta parceria surge como benéfica uma vez que, além do relaxamento físico e emocional, permite: a) controlo da dor através da aplicação de técnicas recíprocas e complementares; b) particularmente útil no caso de sujeitos que não têm capacidade de “fantasiar” no seu dia-a-dia, iniciando-se nas sessões de hipnose e treinando-as

em psicoterapia, c) maior rapidez no processo pela diminuição das resistências físicas e psíquicas.

Face aos Processo Terapêuticos descritos, a Relação Terapêutica deverá ter algumas particularidades que os secundem:

- Empatia, um aspecto relevante em qualquer relação terapêutica
- Disponibilidade fora do setting, como referido no Processo há, durante a psicoterapia, a indução da necessidade de muitas mudanças. Essas mudanças que abordaremos seguidamente entram muito frequentemente em conflito com relações interpessoais estabelecidas resultado de uma maior autonomia, maior autoestima e de maior afirmação pessoal. O dispor de 5 minutos ao telefone com o terapeuta em situações angustiantes, como referia uma participante, transmite segurança adicional necessária à persecução de objetivos. Como referia outra participante, mais importante que falar é saber que pode falar.
- Compreensão pelo sofrimento, necessário para ganhar a confiança dos sujeitos. Muita das causas da dor crônica, ex.: a neuropática, não se pode observar, não há ainda forma de ver “microscopicamente” a sua origem, mas está lá e é particularmente dolorosa. Familiares e acompanhantes minimizam-na porque a remetem para uma simulação por parte do paciente na tentativa da obtenção de ganhos secundários. Mas há outro sofrimento que advém da vertente incapacitante da dor crônica: incapacidade de trabalhar, perda de autonomia a que acresce por consequência redução dos proveitos materiais para o próprio e família. O sentir que o seu sofrimento é compreendido e aceite de forma genuína pelo terapeuta, é fundamental.

Por último, a Categoria Principal Mudanças na Psicoterapia:

- Aceitação do passado: da descrição dos Processo Terapêuticos implementados na psicoterapia resultará uma melhor aceitação do passado vivido.
- Medicação: controlo ou redução a dor crônica não se trata, mas sim, controla-se. E com ela a qualidade de vida melhora. Este é um dos indicadores claros do sucesso numa psicoterapia.
- Redução da obsessividade, incluímos esta mudança porque referida explicitamente por 2 participantes. No entanto, este tema era recorrente em todos os discursos: no decorrer da terapia surgia uma aceitação mais calma dos acontecimentos da vida - um apaziguamento com a vida.

-Melhoria das relações familiares e -Melhorias relações interpessoais, são ganhos prioritários. A vivência de anos com dor crônica corrói relações fundamentalmente pela incompreensão dos outros. A normalização destas relações é pois imprescindível e inevitável numa terapia com sucesso. Pode acontecer o inverso: más relações interpessoais estarem na origem psíquica ou emocional da dor crônica.

-Autoafirmação, surge também como importante, sobretudo quando a dependência de outros era justamente um potenciador da dor crônica,

- Incremento da autoestima e - Interesse pela vida, estes fatores estão também interligados e são um testemunho importante porque demonstram igualmente que a comorbidade da depressão com dor crônica não é impeditivo da eficácia da terapia.

Discussão

Jay Rubin (2005) sugere que abusos sofridos na infância ou agressões vivenciadas, sobretudo quando foram mantidas em segredo, são uma das causas da dor crônica. Beebe (1993) e Emde (1991) (cit in Perlman S.D. 1996) apontam para dois sistemas paralelos na codificação das memórias. Um, verbal, articulado e integrado, referido como “memória declarativa” que só começa a funcionar pelos 3 ou 4 anos de idade (maturação do hipocampo). O segundo, “memória processual,” que consiste em experiências corporais cenestésicamente codificadas no próprio corpo e que está disponível desde o nascimento. Assim as primeiras experiências (anterior aos 3 anos de idade) estariam codificadas no corpo de forma somática, inconsciente e corporal, em oposição às memórias mais tardias. Como referiremos, este é um dos aspetos que nos parece merecer uma investigação aprofundada neste contexto de dor crônica.

As conclusões do presente estudo não são reveladoras de “novidades” face, provavelmente, a conclusões obtidas de terapias com este tipo de orientação em pacientes “somente” deprimidos. Há contudo especificidades importantes, algumas sugeridas pela literatura, que convém realçar.

Os pacientes com dor crônica raramente solicitam apoio psicoterapêutico. Pelo contrário, centram todos os seus problemas em torno da dor crônica a “*quem acusam de estar na origem de todas as suas infelicidades*” Além disso, em muitos meios sociais ainda se identifica psicoterapias como um sinal de “doença mental” - estigma social contínua presente na nossa sociedade, sobretudo em pacientes masculinos. Há pois uma resistência inicial à aceitação de uma psicoterapia. Talvez possamos identificar 3 situações para a anuência a uma psicoterapia:

a) por desespero, isto é, ser a psicoterapia a última (derradeira) tentativa em controlar a dor; b) por experiências positivas de psicoterapias anteriores; c) quando se sentem obrigados por uma entidade, ex. companhia de seguros ou entidade patronal, pela existência de processo de responsabilização civil, acidente ou doença laboral.

Daí que o estabelecimento rápido duma boa Relação Terapêutica seja prioritário. Nas primeiras sessões falam de sofrimento: atual e passado, físico e emocional. Para além da empatia, estes sujeitos necessitam sentir uma compreensão pelo seu sofrimento - um reconhecimento “incondicional” dos seus sofrimentos uma “Intersubjetividade Empática ⁽¹⁾”.

No relato destes sofrimentos há um efeito de catarse: falam de sofrimentos muito dolorosos atuais mas também dos da infância, alguns dos quais mantidos em segredo até à data.

Este secretismo, como já referido, é um fator agravante da dor sentida. Mas este processo de catarse encerra um *feed-back* positivo, i.é, quanto mais se partilha maior a gratificação pela libertação do sufoco que se transporta e maior é o correspondente alívio. Mas porque o sofrimento é muito e a única pessoa que o entende é o psicoterapeuta, este reconhecimento “incondicional” tem de estender-se para lá do *setting*. Ter alguém disponível resulta numa “rede” de proteção imprescindível durante todo o processo terapêutico.

Após o relato dos problemas o terapeuta questiona ou reformula afirmações que fazem o sujeito pensar de forma diferente do que até aí. Das entrevistas retira-se o grande valor atribuído à correlação iniciada pela terapeuta do presente com o passado, sobretudo quando essas correlações, interpretações e confrontos implicam uma visão distinta do passado obrigando à sua reconstrução. Esta atitude ativa, “diretiva”, na reconstrução da própria história parece ser um ponto determinante no estabelecimento da Aliança Terapêutica.

Alem disso, parecem-nos ser exigíveis aos terapeutas além de uma grande atenção e sintonia com o sujeito, uma memória precisa com o objetivo de ter presente em cada consulta todo o discurso anteriormente proferido. Assim se facilita o processo de reconstrução das memórias, de primordial importância e que remete para a reformulação da já referida “memória processual” de Beebe e Emde.

Nota-1:

“Intersubjetividade Empática” foi uma expressão, apresentada como original e recolhida muito recentemente na defesa duma tese de mestrado no ISPA. Cremos ter aprendido o seu significado pelo que nos atrevemos a utilizá-la neste contexto.

Mas como também Rubin (2005) sugere, melhorando o *insight* dos pacientes, relacionando as situações de abuso e os sintomas de dor atual, as queixas diminuem bem como o recurso aos cuidados de saúde. A aquisição de capacidades em torno do melhor autoconhecimento e capacidade reflexiva vão pois favorecer processos de incremento da autoestima e autoafirmação.

A manutenção da aliança terapêutica parece sustentar-se no apoio à tomada de decisões prestado pelo terapeuta. Segundo Timothy R. Tumlin (2001), sujeitos com dor crônica apresentam um *deficit* na sua capacidade de *coping* e de adaptação, o que os tornaria menos receptivos a aceitar e elaborar estratégias diversificadas resultantes de uma psicoterapia. A tarefa de *counseling* por parte da terapeuta vem justamente no sentido de suprir esta carência. Este processo constituiu igualmente uma aprendizagem que permitirá aos sujeitos continuar a construir no futuro e por si só os seus mecanismos de adaptação. Este ponto foi explicitamente ressaltado nas entrevistas.

Outro aspeto alcançado e muito relevante para a qualidade de vida dos sujeitos é a melhoria das relações familiares e interpessoais. Esta é uma problemática complexa resultante da comorbidade entre dor crônica e depressão como explicitado em Ellen L. Polshuck al. (2010).

Também realçamos a capacidade de discriminação das participantes relativamente às “áreas trabalhadas” na psicoterapia. Esta objetividade, incentivada pelo terapeuta, permite ao sujeito não só manter uma visão global dos seus progressos integrando as suas ações em objetivos maiores, animando-o mas também reduz a sua “natural” dificuldade de *coping* pela estruturação da sua ação. Este processo reforça o referido anteriormente, i.é, a integração do esforço de *counseling* como aprendizagem é assim otimizado e sai reforçado se conscientemente associado à área ou áreas de trabalho que integra.

Adicionalmente é requerido ao terapeuta uma capacidade de *coaching*, isto é, treinar e acompanhar de forma crítica todos os passos do sujeito, interessando-se ativamente pelos seus desenvolvimentos.

Conclusões

A conclusão que este estudo aponta é que, apesar da comorbidade entre dor crónica e depressão, as problemáticas que se põem em psicoterapias nestes sujeitos apresenta aspetos relevantes e específicos a que há que atender.

Da análise dos dados e dos resultados obtidos poderemos concluir que a Aliança Terapêutica tem, nestes pacientes, uma importância primordial e exige uma dedicação, um formato e características a que o terapeuta deverá atender. O seu estabelecimento deve ser tão rápido quanto possível,

Esta aliança tem de ser fundamentada em mais-valias percebidas pelos sujeitos como um apoio incondicional e genuíno a que acresce a necessária disponibilidade do terapeuta. A sensibilidade de um paciente com dor crónica, pelo seu historial de vida e cuidados de saúde é muito elevada e perspicaz. Esta sensibilidade confere-lhe uma acrescida perspicácia na deteção dos pressupostos referidos por parte do terapeuta.

Mas estes estão longe de serem suficientes. O Terapeuta deverá dirigir a sua interação de forma intencional. Assim: -questionamentos, confrontações, reformulações de conceitos ou memórias (recentes ou mais remotas) relacionados com relatos atuais face a relatos de sessões anteriores, provocando nos sujeitos uma rutura nos seus “raciocínios circulares”, permite a abertura de uma janela de expectativa na antevisão dum seu novo enquadramento perante a vida. Mas este processo é origem de sofrimento emocional: impõe a saída duma “zona de conforto” (de conforto, porque conhecida), romper com hábitos próprios e sociais estabelecidos e sobretudo cortar as convenções estabelecidas nas suas relações interpessoais e familiares, mesmo que estas sejam profundamente desestruturadas. O sujeito, no processo de incrementar a sua autoestima, a sua autoconfiança, ao manifestar maior assertividade e ao apresentar-se com uma nova postura mais ativa e participativa face à vida, vai “colidir” com os seus próximos e a obrigarem-se, em conjunto, a estabelecer novas “regras” de convivência e de aceitação mútuas.

Assim um terapeuta bem escudado numa forte aliança terapêutica e numa atitude diretiva, pode desenvolver o trabalho de *counseling* que tal processo de mudança exige: na análise conjunta de factos recentemente vividos fazendo ressaltar o seu enquadramento na história do sujeito para sua maior compreensão e como estes se integram no *continuum* da sua vida: -na discussão de alternativas ou atitudes que se apresentam mais corretas, no “treinar” e “simular”

de situações que se anteveem mais complexas de gerir. Assim à tarefa de *counseling* há, como consequência, adicionar a de *coaching*, isto é de treino e acompanhamento ativo neste processo de mudança,

E desta forma se fecha um círculo virtuoso: estas tarefas do terapeuta reforçam a aliança terapêutica e esta reforça e estimula o sujeito a progredir, aventurando-se a novas mudanças na convicção que estando juntos, está seguro neste processo.

Por último: - cremos que os dados recolhidos e a metodologia associada a este trabalho podiam permitir uma outra investigação eventualmente frutuosa: com base nas propostas de Beebe e Emde, seria interessante verificar qual o tipo de relação entre o percurso psico-emocional que conduz os sujeitos à dor crónica e os antecedentes vividos pelo mesmo sujeito na sua infância e adolescência. Uma abordagem deste tipo talvez pudesse orientar de forma mais criteriosa o terapeuta num enfoque mais dirigido a processos específicos de mudança terapêutica.

Como referido, duas das participantes seguiam alternadamente sessões de psicoterapia e hipnoterapia. Esta conjugação mútua parece de resultados muito promissores e merece, sem dúvida, ser estudada mais profundamente.

Bibliografia

- Buljan D., 2009, *Psychological and Psychiatric Factors of Chronic Pain*, Rad 504. Medical Sciences 33:129-140
- Burns, J.W.; Glenn, B.; Bruehl, S.; Harden, R.N.; Lofland, K, 2003, *Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis*, Behaviour Research and Therapy, Vol 41(10), pp.1163-1182. [Journal Article]
- Burns J.W. et al., 2003, *Cognitive factors influence outcome following multidisciplinary chronic pain treatment: a replication and extension of a cross-lagged panel analysis*, Behaviour Research and Therapy 41, 1163–1182
- Carvalho M., Taveira M.C., *O papel dos pais na execução de planos de carreira no Ensino Secundário: Perspetivas de pais e de estudantes*, 2010, Análise. Psicológica v.28 n.2 Lisboa abr. 2010
- Demarin V.,2009, *Scientific Approach to Pain*, Rad 504. Medical Sciences 33: 31-32
- Evans S., Fishman B., Spielman L., Haley A., 2003, *Randomized trial of cognitive behavior therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain*, Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, Vol 44(1), pp. 44-50. [Journal Article]
- Fernandes E. M., Maia A. *Grounded Theory*, 2001, Universidade do Minho. Centro de Estudos em Educação e Psicologia
- Grumm M., Erbe K., von Collani G.,Nestler S.,2008, *Automatic processing of pain: The change of implicit pain associations after psychotherapy*, Behaviour Research & Therapy 46, 701-714
- Leal, I., 2005, *Iniciação às Psicoterapias*, Fim de Século-Edições, Lisboa

- Meighan D.J., 2001, *A short-term dynamic group psychotherapy for chronic back pain outpatients*, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 61(7-B), pp. 3851. [Dissertation]
- Miller J.J., Fletcher K., Kabat-Zinn J., 1995, *Three-Year Follow-up and Clinical Implications of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention in the Treatment of Anxiety Disorders.*, General Hospital Psychiatry 17, 192-200
- Ogrodniczuk J., Piper W.E., Joyce A.S., 2008, *Impact of pain on the outcome of group psychotherapy*, International Journal of Clinical and Health Psychology Vol. 8, N° 2, pp. 399-409
- Perlman S.D. *Psychoanalytic Treatment of Chronic Pain: The Body Speaks on Multiple Levels, 1996*, Journal of the American Academy of Psychoanalysis, Vol. 24, Nr. 2
- Poleshuck E.L., Gamble S.A., Cort N. et al., 2010 *Interpersonal Psychotherapy for Co-occurring Depression and Chronic Pain*, Professional Psychology: Research and Practice, American Psychological Association Vol. 41, No. 4, 312–318
- Rubin J., (2005), *Psychosomatic Pain: New Insights and Management Strategies* Southern Medical Journal Volume 98, Number 11
- Sales, C., Gonçalves, S., Silva, I., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z. & Elliot, R. *Portuguese Adaption of Qualitative Change Process Instruments*. Painel Conference. Society For Psychotherapy Research March, 22-24, 2007.
- Taylor G.J., 2008, *The Challenge of Chronic Pain: A Psychoanalytic Approach*, Journal of American Academy of Psychoanalysis, 36:49-68
- Tumlin T.R., Kvaal S., 2004, *Psychoterapeutic Issues Encountered in the Psychotherapy of Chronic Pain Patients*, Current Pain and Headache Reports, 8:125–129

- Tumlin T.R., 2001, *Treating Chronic-Pain Patients in Psychotherapy*; Session: Psychotherapy in Practice, Vol. 57(11), 1277–1288
- Vandenberghe L., Ferro C.L.B., 2005, *Terapia de grupo embasada em psicoterapia analítica funcional como abordagem terapêutica para dor crônica: possibilidades e perspectivas*, Psicologia: Teoria e Prática 7: 137-151
- Yunes M. A., Szymanski H., *Entrevista Reflexiva & Grounded-Theory: Estratégias Metodológicas para a Compreensão da Resiliência em Famílias*, 2005, Revista Interamericana de Psicologia / Interamerican Journal of Psychology -2005, Vol.39,Num. 3

ANEXOS:

- A – Termo de Consentimento Livre Informado**
- B – Carta sobre o consentimento informado com os respectivos anexos**
- C – Entrevista de Mudança Psicoterapêutica de Cliente**
- D – Transcrição das entrevistas (6): CVL; CP; MLC; MOM; MGM e SC**
- E – Diagrama de codificação axial da participante CVL**
- F – Diagrama de codificação conceptual da participante CVL**
- G – Cotações referentes à entrevista P1: CVL;**
- H – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Relação Terapêutica”**
- I – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Processo Terapêutico”**
- J – Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Mudança na Psicoterapia”**

Anexo A

Termo de Consentimento Livre Informado

Termo de Consentimento Livre informado

Acredito ter sido suficiente informado à respeito do estudo “Explicitação dos Momentos Significativos e de Processos de Mudança em Pacientes com Dor Crónica em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica”.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer momento. Concordo voluntariamente em participar neste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do participante

Data ___ / ___ / ___

Nome do participante:

Assinatura do investigador

Data ___ / ___ / ___

Anexo B

Carta sobre o consentimento informado com os respetivos anexos

Carta sobre o consentimento informado

Cara Sra. D.

Eu, José A. Barreto de Almeida Barreiros, estudante do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, ISPA-IU e atualmente estagiário de Psicologia Clínica na Unidade da Dor no Hospital de Sta. Maria, com os telefones de contacto 938.011.468 ou 929.086.900, estou a desenvolver um estudo de investigação com o título “Explicitação dos Momentos Significativos e de Processos de Mudança em Pacientes com Dor Crónica em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica”. Este estudo insere-se no âmbito da minha tese de Mestrado em Psicologia Clínica.

Este estudo tem como objectivo identificar os momentos significativos e os processos de mudança pelos quais passou no durante a Psicoterapia que desenvolveu com a Psicologa Clínica Dra. Cristina Caldeira e enquanto estva a ser seguida pela Consulta da Dor. Este estudo pretende explicitar a problemática específica dos pacientes que sofrem de dor crónica e eventualmente contribuir para otimizar a qualidade da intervenção dos psicoterapeutas no seu trabalho com estes pacientes.

Necessito assim, que autorize a recolha de dados que constarão de uma entrevista de aproximadamente 60 minutos que será gravada em audio apenas para possibilitar a subsequente transcrição da mesma. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e não determinará qualquer risco, nem trará desconfortos.

A Sra. tem a garantia de acesso ao estudo em qualquer etapa do mesmo para esclarecimento de eventuais dúvidas.

É-lhe garantida a liberdade da desistência do consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar no estudo. Nesse caso todos o material recolhido, quer gravado quer escrito, será destruído.

Garanto que será salvaguardada a sua identificação e de todos os participantes.

A Sra. tem o direito a ser mantida informada sobre os resultados das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que requerer.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo.

Comprometo-me a utilizar os dados recolhidos somente para efeitos de pesquisa e estes serão veiculados através de tese de Mestrado em Psicologia Clínica, artigos científicos em revistas

especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Anexo o consentimento informado para ser assinado caso não tenha qualquer dúvida.

José A. Barreiros

Lisboa,

ANEXO:

Tópicos para a Entrevista

Se desejar, pode refletir nos seguintes tópicos, antes de reunir com o investigador. Durante a entrevista, ser-lhe-ão feitas perguntas sobre alguns ou a totalidade desses pontos. Não é necessário responder por escrito.

- Medicação a que está a tomar (incluindo a posologia, duração, ajustamentos, plantas medicinais).
- Para si, o que tem sido a terapia?
- Como tem passado, em geral.
- Como se descreveria a si mesmo, e como outras pessoas a descreveriam.
- As alterações que notou em si mesmo desde o início da terapia (incluindo as expectativas iniciais, as suas causas, importância, e o que seriam sem a terapia).
- Alterações para pior desde o início da terapia.
- Algo que gostaria que tivesse alterado e não se alterou.
- Recursos pessoais ou questões que tenham afetado o uso que faz da terapia.
- Aspectos úteis da terapia.
- Aspectos problemáticos da terapia (por exemplo, aspectos sentidos como obstáculos, negativos ou dececionantes).
- Aspectos difíceis ou penosos da terapia e que foram úteis.
- Algo que tenha faltado no seu tratamento.
- Sugestões para a investigação.

Registo da Entrevista de Mudança

Iniciais do Cliente _____ ID do Processo _____

Entrevistador _____ Data _____

Avaliação pós terapia.

Número de sessões de terapia: 10 / 20 / 30 / 40 Outro:

Registo de Medicação Psicofarmacológica (incl. plantas medicinais)

| <u>Medicação Nome</u> | <u>Para que sintomas?</u> | <u>Posologia/ Frequência</u> | <u>Duração?</u> | <u>Último ajustamento?</u> |
|---------------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------|--------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Lista de Mudanças

| <u>Mudanças ocorridas devido ao processo psicoterapêutico:</u> | <u>A mudança foi:</u> 1 - esperada 3 - nem muito nem pouco esperada 5 - surpreendido com mudança | <u>Sem terapia:</u> 1 - improvável 3 - nem muito nem pouco provável 5 - provável | <u>Importância:</u> 1-nenhuma 2-pouca 3-moderada 4-muita 5-extrema |
|--|--|---|---|
| 1. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 2. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 4. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 5. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 6. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 7. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 8. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Anexo C

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica de Cliente

Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente¹

Protocolo

Tradução e Adaptação²

Daniel Sousa (ISPA - Instituto Universitário)

Versão adaptada por José Almeida Barreiros (estagiário de Psicologia Clínica ISPA-UI)

A Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente é uma entrevista semi-estruturada de investigação em psicoterapia. É composta por 2 sessões, cada com uma duração de, sensivelmente, 20 minutos e será aplicada no final da terapia. Inclui perguntas sobre o que no entender do cliente alterou no decurso da terapia e a que atribui essas mudanças, bem como os aspectos úteis e não úteis da psicoterapia. A entrevista contém ainda a opção de solicitar ao cliente que reveja e fale sobre as suas auto-descrições e auto-classificações, cujo levantamento foi efectuado pelo investigador no “Tópicos para a Entrevista de Mudança”.

O facto de se realizarem 2 entrevistas prende-se com o facto de poder recordar-se de novos fatos ou querer reformular aspectos referidos na 1ª entrevista

- INSTRUÇÕES –

Preparação

O investigador deve entregar previamente ao cliente uma lista com os pontos que serão abordados na entrevista (utilizar a folha Tópicos da Entrevista de Mudança).

Material

- Protocolo de Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente
- Tópicos da Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente
- Registo da Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente (momentos I e II)
- Questionário da Entrevista de Mudança Psicoterapêutica do Cliente
- Gravador áudio

Emissão de Registos (duas entrevistas pós-tratamento)

¹ Versão Original - Center for the Study of Experiential Psychotherapy /2004

² Tradução e Adaptação supervisionada por Prof. Doutor Robert Elliot

Dados de Rastreo QP (entrevistas de pós-tratamento e acompanhamento) ou QP de pós-tratamento (entrevistas de acompanhamento)

Indicações para notas e gravação

As notas do investigador gravação e da transcrição devem conter a seguinte informação:

- Iniciais do cliente
- N° de processo
- Data da entrevista;
- Nome do entrevistador;
- Indicar que é uma entrevista final;
- Indicar número de total de sessões de psicoterapia

Estratégia de Entrevista:

Estas entrevistas funcionam melhor enquanto exploração empática, relativamente pouco estruturada, da experiência do cliente na psicoterapia. O entrevistador deve posicionar-se, fundamentalmente, como alguém que tenta ajudar o cliente a descrever a história do processo terapêutico. Obterá melhor resultado se adotar uma atitude de curiosidade, acerca dos pontos levantados na entrevista, com recurso às perguntas sugeridas de resposta em aberto, combinadas com respostas de compreensão empática para ajudar o cliente a elaborar as suas experiências. Assim, para cada pergunta, principiar de um modo relativamente não estruturado, impondo uma estrutura apenas quando for necessário.

Para cada pergunta foram sugeridas algumas redacções alternativas, convindo ter em conta que poderão não ser necessárias.

Solicite ao cliente que forneça o maior número possível de detalhes.

Recorra à expressão «mais alguma coisa» (por exemplo: «Notou quaisquer outras alterações?») – indagar sem um tom de exigência até que o cliente esgote o que tem para dizer.

Introdução para o Cliente. Elabore uma versão mais simples da introdução fornecida no cabeçalho do Questionário de Entrevista para introdução da entrevista.

Tópicos para a Entrevista de Mudança

Se desejar, pode reflectir nos seguintes tópicos, antes de reunir com o investigador. Durante a entrevista, ser-lhe-ão feitas perguntas sobre alguns ou a totalidade desses pontos. Não é necessário responder por escrito.

-Medicação a que está a tomar (incluindo a posologia, duração, ajustamentos, plantas medicinais).

-Para si, o que tem sido a terapia?

-Como tem passado, em geral.

-Como se descreveria a si mesmo, e como outras pessoas a descreveriam.

-As alterações que notou em si mesmo desde o início da terapia (incluindo as expectativas iniciais, as suas causas, importância, e o que seriam sem a terapia).

- Alterações para pior desde o início da terapia.

-Algo que gostaria que tivesse alterado e não se alterou.

-Recursos pessoais ou questões que tenham afectado o uso que faz da terapia.

-Aspectos úteis da terapia.

-Aspectos problemáticos da terapia (por exemplo, aspectos sentidos como obstáculos, negativos, decepcionantes).

-Aspectos difíceis ou penosos da terapia e que foram úteis.

-Algo que tenha faltado no seu tratamento.

-Sugestões para a investigação.

Registo da Entrevista de Mudança (Iº - IIº Registo)

Iniciais do Cliente _____ ID_do Processo _____

Entrevistador _____ Data _____

Avaliação pós terapia.

Número de sessões de terapia: 10 20 30 40 Outro:

Registo de Medicação Psico-farmacológica (incl. plantas medicinais)

| <u>Medicação</u> <u>Nome</u> | <u>Para que</u> <u>sintomas?</u> | <u>Posologia/</u> <u>Frequência</u> | <u>Duração?</u> | <u>Último</u> <u>ajustamento?</u> |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------|--------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Lista de Mudanças

| <u>Mudanças</u> | <u>A mudança foi:</u> 1 - esperada 3 – nem muito nem pouco esperada 5 – surpreendido com mudança | <u>Sem terapia:</u> 1 - improvável 3 – nem muito nem pouco provável 5 - provável | <u>Importância:</u> 1-nenhuma 2-pouca 3-moderada 4-muita 5-extrema |
|-----------------|--|---|---|
| 1. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 2. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 3. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 4. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 5. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 6. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 7. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |
| 8. | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 | 1 2 3 4 5 |

Questionário para Entrevista de Mudança do Cliente

O cliente é chamado para duas entrevistas semi-estruturada com duração de 20 minutos. Os pontos principais da entrevista consistem em determinar as alterações observadas durante a terapia, naquilo que, no seu entender, deram origem a essas alterações, bem como nos aspectos úteis e não úteis da terapia. O principal objectivo das entrevistas é possibilitar-lhe que fale sobre a terapia e a investigação usando as suas próprias palavras. Esta informação contribuirá para melhor compreendermos o funcionamento da terapia e eventualmente introduzir ajustamentos. Será feita uma gravação para posterior transcrição. Por favor, pormenorize o mais possível.

Na 2ª entrevista terá a possibilidade de reformular aspectos indicados na 1ª entrevista, introduzindo novos tópicos, anular tópicos expressos na 1ª ou reformular o seu conteúdo ou importância.

1. Perguntas de carácter geral:

1a. Actualmente, que medicação toma? (o investigador regista num impresso, incluindo a posologia, a duração os últimos ajustamentos, plantas medicinais).

1b. Revisão do Impresso de Registos Produzido

1c. O que tem sido para si a terapia, até ao momento? Como se sente em terapia?

1d. Como tem passado, em geral?

2. Auto-descrição:

2a. Como se descreveria a si mesmo/a? (se está a desempenhar um papel, descreva quer tipo de ____? Se for breve/geral, pode dar um exemplo? /Para mais informação: de que outra forma se descreveria?)

2b. De que forma a descreveriam os outros que a conhecem bem? (E de que outra forma ainda?)

2c. Se pudesse mudar alguma coisa acerca de si mesmo/a o que mudaria?

3. Mudanças:

3a. Que mudanças, se as há, observou em si mesmo/a desde o início da terapia? (Por exemplo, age, sente, ou pensa de modo diferente em relação ao que até aqui sucedia? Que ideias específicas, se as há, retirou da terapia até ao momento, incluindo ideias sobre si mesmo/a ou outras pessoas? (As outras pessoas chamaram a sua atenção para alguma mudança ocorrida?) [*Entrevistador: anotar as alterações para mais tarde.*]

3b. Alguma coisa mudou para si para pior desde o início da terapia?

3c. O que gostaria que tivesse mudado e não mudou desde o início da terapia?

4. Escala de mudanças: (percorra as alterações uma a uma e atribua-lhe uma das três classificações seguintes):

4a. Em relação a cada mudança, por favor indique o grau de expectativa vs grau de surpresa com essa mudança.

(Utilize a seguinte escala:)

- (1) Contava muito com essa mudança
- (2) De certo modo, contava com essa mudança
- (3) Nem contava com isso, nem surpreendido/a com a mudança
- (4) De certo modo surpreendido/a com essa mudança
- (5) Muito surpreendido/a com essa mudança

4b. Em relação a cada mudança, por favor indique o grau de probabilidade de ocorrência da mudança, se não tivesse iniciado a terapia (utilize a seguinte escala):

- (1) Muito improvável sem a terapia (seguramente, não teria ocorrido)
- (2) Algo improvável sem a terapia, provavelmente não teria ocorrido)
- (3) Nem provável, nem improvável (não é possível afirmar)
- (4) Algo provável sem terapia (provavelmente teria ocorrido)
- (5) Muito provável sem terapia (seguramente teria ocorrido de qualquer forma)

4c. Que importância ou significado atribui a esta mudança (utilize a seguinte escala):

- (1) Sem importância
- (2) Importância pouco significativa
- (3) Importância moderada
- (4) Muito importante
- (5) Extremamente importante

5. Motivos: de um modo geral, em sua opinião, o que esteve na origem destas mudanças? Por outras palavras, o que pensa que esteve na sua origem? (Incluindo factores quer internos, quer externos à terapia).

6. Recursos:

6a. Que pontos fortes pessoais ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas? (o que se sente mais capaz de fazer, as suas qualidades)

6b. Que factos na sua situação de vida actual ajudaram a fazer uso da terapia para lidar com os seus problemas? (família, emprego, relações, modos de vida)

7. Limitações:

7a. Que pontos fracos pessoais tornaram mais difícil o uso da terapia para lidar com os seus problemas? (factos sobre si, enquanto pessoa)

7b. Que factos na sua situação de vida tornaram mais difícil para si o uso da terapia para lidar com os seus problemas? (família, emprego, relações, modos de vida)

8. Aspectos úteis: Pode resumir o que tem sido útil até agora em relação à sua terapia? Por favor, indique exemplos (aspectos gerais, eventos específicos)

9. Aspectos problemáticos:

9a. Relativamente à terapia, que tipo e que factos têm sido obstáculos, inúteis, negativos ou decepcionantes para si? (Por exemplo, aspectos gerais, eventos específicos)

9b. Relativamente à terapia, que situações foram difíceis ou penosas, mas ainda assim boas ou úteis?

9c. O que faltou no seu tratamento? (O que contribuiria /teria contribuído para tornar a sua terapia mais eficaz ou útil?)

10. Sugestões. Tem alguma sugestão a fazer no que se refere à pesquisa sobre a terapia? Há mais alguma coisa que me queira dizer?

Perguntar o seguinte na Entrevista de Mudança Pós-Terapia:

11. Rever o Questionário Pessoal (QP)

Instruções: Comparar a 1ª entrevista com a 2ª no que se refere às classificações do QP com o cliente, anotando o número de pontos alterados para cada problema. Dizer ao cliente: Estamos a tentar compreender a forma como os clientes utilizam o QP, e qual o significado das classificações atribuídas.

11a. De um modo geral, considera que as suas classificações têm o mesmo significado agora comparativamente ao período antes da terapia? Se não, como se alterou esse significado? (Por vezes, os clientes alteram a forma como utilizam a escala de classificação do QP; sucedeu-lhe o mesmo?)

11b. Identificar os problemas que alteram 2+ pontos:

(1) Comparar cada uma das mudanças do problema do QP (2 + pontos) com as mudanças mencionadas anteriormente na entrevista.

(2) Se a mudança de problema do QP não está abrangida na lista de mudanças, perguntar:

Pretende acrescentar esta mudança à lista que me deu antes?

•Se sim -> voltar à pergunta 5 e obter as classificações para essa alteração.

•Se não -> prosseguir:

(3) Para cada mudança de problema do QP (2+ pontos), perguntar: **Fale-me desta mudança: No seu entender, o que significa? Considera que esta mudança na classificação do QP é exacta?**

12. Rever Auto-descrição de Pré-Terapia (unicamente se tiver havido auto-descrição de pré-tratamento)

•Mostrar ao cliente o resumo da auto-descrição do rastreio; perguntar:

•**Como é que isto se compara com a maneira como se vê a si mesmo agora?** (O que é idêntico? O que é diferente? Como entende estas diferenças e semelhanças?)

Anexo D

Transcrição das entrevistas (6):

- **P1: CVL**
- **P2: CP**
- **P3: MLC**
- **P4: MOM**
- **P5: MGM**
- **P6: SC**

P1: CVL

J: Antes de iniciarmos perguntava-lhe que toma em termos de medicação?

C: Sim tomo uma medicação diária em termos de fibromialgia e de neurologia. A parte da neurologia é um processo que me acompanha há 30 anos em termos de um parto mal conduzido. Tive 4 gravidezes das quais só uma é que resultou, tinha uns 38 anos de idade, depois tive 1 aborto espontâneo (a 1ª gravidez) a 3ª gravidez foi também um aborto ao 7º mês que nunca superei. E quis fazer a 4ª gravidez. Mas estive na parte da neurologia (...psiquiatria... depressão?) da qual fiz a terapia do sono. Por indicação da médica essa gravidez não podia ir avante. Contra minha vontade eu cedi, mas fiquei sempre na ideia de ter mais 1 ou 2 filhos. Na eventualidade de não poder e decorridos alguns anos queria adotar 1 criança. Mas por razões familiares, por parte do meu marido e da mãe do meu marido desaconselharam-me. Eu era mto nova o tempo foi passando sempre na esperança de ainda voltar a ser mãe novamente. Mas não aconteceu e o meu desejo era que um dia mais tarde tivesse a sorte de ser avó e se possível de gémeos, porque o meu filho é filho único e a minha nora é filha única, o meu marido é filho único e eu venho de 1 família com 9 irmãos dos quais o meu irmão mais novo tem uma diferença de 9...10 anos e ele até me chama mãe. Fui eu que criei os meus irmãos. Entretanto eu vivia em Angola e com o problema da guerra e tudo nós preparámo-nos. Todos os filhos que casavam ficavam no mesmo bairro, ou seja, eu via todos os dias os meus irmãos e pais. E com a saída de Angola e porque o meu irmão mais novo foi atingido com 1 bala perdida e ficou paralisado com 9 anos de idade e foi para a Africa do Sul. Ora bem os meus pais depois mais tarde foram para a Africa do Sul com as 2 irmãs solteiras. Nós os 3 viemos para Portugal. Eu estava muito ligada à minha mãe, uma das filhas mais ligadas por razões de feitio, pelos maus tratos que a minha mãe recebia, e por ser muito dedicada à casa e marco-me muito. A minha infância digamos foi uma infância de responsabilidades de adolescente ou de mulher mesmo. Até dizia aos 14 15 anos que poderia formar 1 família porque fazia de tudo um pouco. Então a separação dos meus pais e dos meus irmãos nomeadamente do meu irmão mais novo, foi muito dolorosa para mim e vim para Portugal quando fiz 20 (????) anos de idade mas sempre com ideias de regressar. Mas isso não aconteceu e tivemos que fazer aqui a nossa vida. Ora para refazer a nossa vida o meu marido teve que emigrar. Ele foi para cabo Verde, foi aí que se deu aquela gravidez mal sucedida e que levei mto tempo a recuperar, até pensei

que tinha ultrapassado, mas de facto não tinha ultrapassado. Entretanto ele veio para eu entrar em Neurologia e tratamento de sono, e mais tarde volta a emigrar mais 3 anos para a Guiné. Isto para dizer que a nossa vida de casal jovem durante 10 anos foi vivida muito separada. Eu fiz o papel de pai e mãe para acompanhar o Nuno. Entretanto ele via-se na necessidade de emigrar para refazer a nossa vida já que não havia hipótese de voltar à terra onde nascemos à qual ainda me sinto muito vinculada mas ainda não voltei lá. Esse espaço de tempo é ultrapassado, entretanto eu não faço mais nenhuma gravidez e há uma não aceitação da parte familiar da hipótese de eu adotar 1 criança eu faço a minha vida profissional e penso que está tudo ultrapassado. Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde, já agora no tratamento de psicoterapia, relaxamento e hipnose (com o enfermeiro) é muito gratificante para mim, embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente, veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança, adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas. Estavam entreabertas. Ou seja eu consigo entrar em diálogo com a minha mãe, consigo rever-me nos jardins que frequentávamos, consegui ver as roupinhas que me fazia e aos meus irmãos também, e depois mais tarde consegui ver que embora tenha sido bafejada pela sorte porque sou avó e de gémeos, vi que a minha parte profissional que tinha que ter uma etapa mas havendo netos eu queria dedicar uma parte da minha vida aos meus netos. E fiz até porque a empresa foi vendida e depois de 30 anos pedi para sair. Também já tinha a fibromialgia e custava mostrar as minhas limitações. Alias era uma pessoa muito exigente no meu trabalho. Os meus colaboradores tinham que ser iguais ou melhores que eu. Com a fibromialgia eu trabalhava até 12 horas e muitas vezes tinha que ir ao posto médico tomar 1 injeção para as dores. Tinha dificuldade em levar os talheres à boca então comecei a comer sozinha no refeitório e mais tarde para não verem as minhas limitações. Ou então comia uma sandwich e copo de leite para não dar a entender isto. Por vezes tinha que segurar o braço para levar a comida à boca.

Pois se era já uma pessoa exigente eu tinha que deixar tudo de véspera programado, caso tivesse que faltar para que uma colega pudesse dar andamento ao trabalho na minha ausência. Nós tavamos no serviço de clientes e havia problemas frequentes com derrames e essas coisas. Portanto passei a ser uma pessoa muito mais exigente comigo.

JB: Mas deixe-me interromper. Perguntei-lhe que medicação estava a tomar.

C: Nessa altura fiz um tratamento muito longo para os nervos e antidepressivos. Nesses 3 anos que andei com o Prof. CC. Foi melhorando e fiz o desmame da medicação. Entretanto acontece a 2ª gravidez.

JB: A 2ª?

C: A 3ª gravidez! Nesse espaço de tempo fui diminuindo ao fazer o tal desmame da medicação. Aí acontece a 3ª gravidez e a medica diz que corre riscos, a pontos de ter ido para Londres o liquido amniótico, e como ainda tinha o tratamento do Prof. CC sugere que a gravidez seja interrompida. Quando faço a interrupção entro outra vez na neurologia por causa da fibromialgia há um processo de regressão e continuo com a medicação e +/- fico sempre dependente. Agora tomo muito menos medicação, está muito + controlada mas eu vou controlando a dosagem à medida das necessidades. Eu de manhã tenho um cansaço enorme. Fiz imensos exames durante anos e quando chegava a um novo médico só lhe dizia não me dê nada veja mas é se descobre o que é que eu tenho. Eu não conseguia lavar os dentes e mal me mexia. Não consegui atravessar uma rua tinha dificuldade em me mexer no autocarro. Nessa altura não tinha dores. Era só fadiga. O problema era que como tomava anti-depressivos, associavam o meu cansaço à parte psíquica e mandavam-me para a Psiquiatria. E isso nunca aceitei. Se bem reconhecesse que os medicamentos do Prof. CC estavam associados a psiquiatria, isso na minha cabeça era para malucos. Aceitava a parte a parte de neurologia mas não aceitava a parte de psiquiatria.

JB: Mas há uns anos a parte de psiquiatria tinha uma enorme carga negativa

C: Tinha uma carga negativa e explico porquê. Aos 19 anos de idade fui operada ao apêndice e ao meu lado estava uma senhora com 50 e tal anos e eu vi a dependência dela. Durante 8 dias vi uma pessoa que não sabia quem era, o que fazia ou não fazia. Além disso tinha o historial da minha mãe. A minha mãe tinha muitas depressões, pelos filhos todos, os maus tratos que tinha a ponto de não conseguir tomar conta dos filhos e estar dependente para tudo. Então a parte da psiquiatria para mim foi muito marcante na minha infância e adolescência e depois aos 19 daquela situação. E eu dizia ninguém me põe naquele estado. E eu era uma pessoa hiperativa. Neurologia sim, mas psiquiatria não! Entretanto, estive muitos anos assim porque não conheciam a fibromialgia como uma patologia. Lupus sim, mas não a fibromialgia. Passados uns anos sou enviada pela medica de família para o medico especialista de

cirurgia ??? Dr. JRS aqui em Sta Maria. Ele apercebeu-se que teria um problema neuro muscular. Envia-me para a consulta de neurologia do Prof. ... que me repete os exames mas não detecta com lesão neuromuscular. Eu com ele e o reumatologia e aí concluem há 12 anos que era fibromialgia.

JB: Como vem aqui parar à consulta da dor?

C: Ora bem eu durante anos, sou vista por neurologia e reumatologia. Era positivo porque tive as 1^{as} infos da fibromialgia. Vi gente completamente drogada em remédios psiquiátricos e em cadeira de rodas. Tirava um bilhete à C.. Ora isso não servia para mim. Venho parar à dor porque ao fim de 10 anos de tratamento vai havendo um agravamento de dor, cada vez mais crónica. E esgotados que são a medicação mais forte é sinal que tinha esgotado as hipóteses terapêuticas e venho parar a esta consulta por ser um veículo de transmissão do Dr. JR da reumatologia, que conhece esta consulta, a Dra. D. e me envia para aqui.

JB: Há quantos anos?

C.: Isto fez agora 2 anos! E então quando entro aqui venho com uma grande expectativa de um tratamento alternativo para me ajudar. Verifico que não aconteceu: não há milagres. A Dra. D encaminha-me logo para a Psicóloga.

JB: mas então quando lhe fiz avaliação psicológica foi já um follow-up de uma terapia que durava há +/- 2 anos

C.: Sim. Exactamente. A Dra. D e inicio com a Psicóloga Dra C.. Ajudou-me muito porque me fui disciplinando porque eu era uma pessoa muito indisciplinada.

JB: O que quer dizer?

C: Quer dizer que os médicos entendiam que devia fazer uma manutenção diária de anti-inflamatórios e da dor e porque agravava a situação de inverno. Tive crises muito fortes tanto na primavera, inverno ou verão. Portanto não havia períodos. Eu sou muito dedicada à casa e na minha casa faço o meu 2^o escritório. Portanto acontece que tudo tem de estar no seu lugar e aquelas horas. Sou uma pessoa muito organizada e exijo muito das pessoas que me rodeiam quer familiares quer terceiros. Daí que eu faço asneiras de todo o

tamanho. Então dizia aos médicos que qd me provar que fazendo nada ou poucos esforços, não tenho dores eu passo a fazer o que me manda. Mas faço a manutenção e de repente tenho uma crise enorme da fibromialgia que tinha que recorrerão extremo da medicação. Quer dizer que a manutenção diária não valeu de nada. Então começo a fazer a auto-medicação. Erradamente vou aprendendo mas a fazê-la. Quando começo a sentir as dores a aproximar e a fadiga então a gestão das dores ainda ia conseguindo gerir porque sou resistente às dores mas a junção da fadiga com a dor é que me põe em parafuso porque não admito a fadiga. Eu estar deitada ver as coisas por fazer e não conseguir fazer. Então a minha parte emocional psicológica começa num retrocesso. Então o que faço: desarrumo tudo, tenho que descansar, tomo medicação para as dores para daí a 2 horas arrumar! Assim sei que tenho que fazer aquilo. Se disser assim: C. tu hoje só podes arrumar a sala, não podes arrumar os quartos, eu sou incapaz. Aí desarrumo tudo para me obrigar a mim própria a arrumar tudo. É verdade, mas aprendi na Psicologia que não pode ser assim. Quando começo a sentir que vem 1 crise muito forte faço 1 tratamento de 10 dias agressivo em termo de analgésicos e anti-inflamatórios e quando a crise começa a passar começo a diminuir e chego a não tomar nenhum comprimido porque prefiro até descansar. Com a terapia com a Dra. C e o Enf. L (hipnose) eu entrei numa meditação que consigo fazer um relaxamento e consigo relaxar a parte emocional e muscular. De facto sintome bem e não tenho necessidade de fazer tanta medicação.

JB: Esses exercícios fá-los diariamente ou só quando se aproximavam7 as crises?

C: Não, é assim: quando comecei a terapia era para ser diariamente, e até andava mais calma. Dizia C. hoje limpas só a sala e bem ou mal era só o que fazia e se estivesse pior deitava-me e fazia o relaxamento. E como lhe digo foi nessa parte que me tem sido incutido a disciplina e as regras que têm que não tinha. Eu sou uma pessoa de extremos. Tenho principio e não tenho meio termo. É muito difícil. Por vezes apareço endiabrada e até digo à Dra. C. se não há aqui um colete de forças. Mas pronto tem sido neste aspeto que me tem ajudado muito. Acontece também que vou 2 anos para cima, para Bragança para avançar no tal projeto de ajuda aos meus netos.

JB: Mas vivem em Bragança?

C.: Sim vivem em Bragança. Reformei-me daqui e vou para cima para dar o apoio aos meus netos. O meu marido fica cá em Lisboa. Encontramo-nos ou em Bragança ou em Lisboa de 15 em 15 dias e levo nisto mais ou menos cerca de 3 anos. Ao fim dos 3 anos é altura dos meninos irem para o infantário e regresso a Lisboa também para dar mais apoio ao meu marido. E aí há um retrocesso da parte emocional eu não conseguia desprender-me dos meus netos. Eu dia e noite adormecia com os meus netos e acordava com eles na cabeça. Portanto havia altos e baixos e mais medicação para a parte emocional estar mais estabilizada e muita medicação da parte da neurologia e as consultas novamente (neurologista) com Dr. FM. Estou dependente de mais medicação. Neste momento, por incrível que pareça, já consigo estar desde há 1 ano consigo estar 3 a 4 meses sem aquela coisa que eu tenho de estar ao pé dos meus netos. Eu tenho que compreender que os meus netos têm pais, e que os pais têm todo o direito de lhes dar a formação. O que poder dar por arrastamento e que seja bem-vindo não é por uma obrigação mas sim porque há necessidade de nós interagirmos. É o que eu digo, os meus netos somos 3 em 1.

JB: Porquê?

C: Porque sou uma avó com um espírito muito avançado em termos de brincar porque eu não brinquei na infância. E depois qd era altura de ser mãe tive que ser mãe e pai com o meu filho. Então há estas lacunas. Então quando vejo no papel de avó eu abduco de tudo e mais alguma coisa, não me importo que a minha casa esteja toda virada de pernas para o ar. Brincam mas há regras. Tanto brinco com eles aos cowboys como com os carrinhos. Tenho um amor imenso em fazer pratos diferentes comerem, ponho os vegetais em formas com animais. Assim para comerem os vegetais comiam o rabicho do peixe ou os olhos, os feijões são as orelhas e eles comiam as orelhas. Se lhes apetecia ver um filme víamos e depois representávamos os papéis do filme. Cada um escolhe uma personagem e interpretávamos. Brinquei muito com os meus netos e com 8 anos de idade posso dizer que são crianças felizes que aprenderam um bocadinho de tudo.

JAB: Mas falou de 3 em 1 ...

C: 3 em 1 porque suponhamos, eu faço 1 surpresa no Natal e nos aniversários deles. E da boca daqueles meninos não sai nada e da da avó também. Então ensaiamos as peças. Eu vou à Internet buscar tudo para a peça. Por ex. se for 1

peça dos piratas eu fui buscar 1 baú, um aquario com 1 tartaruga viva, buscar moedas de ouro, vesti-os de pirata a rigor, fizemos a pala e depois todos os convidados participam. Portanto na festatodos têm de tem 1 pala, a bandeira do pirata, os velhotes (os bisavós) uma é a rainha.... Quer dizer eu faço a peça toda com eles, sem ninguém saber! Tudo é ensaiado na minha casa os 3. No Natal a mesma coisa. Fiz o Natal do Nodi na altura eles tinham 3 anitos, foi precisamente, consegui um trenó, as renas iluminadas, o meu marido de pai Natal, arranjei o sino, e estava toda a gente a ver o filme do Nodi e quando chega a altura do Nodi por a estrela na mão do dum deles a estrela aparece na mão deles, o pai natal acende-se as luzes, ouve-se um sino e depois diz assim um dos meus netos, quando abre a porta eles a mim não chama avó chamam-me Dida que é o diminutivo de C., oh Dida este é o Pai Natal do Nodi, pois é a tua avó não disse que o pai natal devia aparecer mas depois diz um deles muito atrapalhado, mas tem ali muitos presentes, tu não te importas de vir connosco e diz o outro muito depressa, oh avó eu acho que é o avô XEXE. Ah eu não sei se é, mas é tão parecido com o avô. Mas o meu marido não consegue e quando eles se aproximaram estavam receosos a vão para o saco dos presentes. Às tantas o meu marido tira as barbas e diz o Rafael, oh avó não te dizia que era o avô .. Doutra vez vesti-os de Reis Magos. Fiz as fatiotas e depois pus uns baús e ponho lá dentro os presentes para o meu filho e a minha nora. Faço umas coroas com bombons colados e eles entram e aquilo vai tudo estudado para nós os 3. Ultimamente fiz, dada a situação económica, que nós atravessamos, teria 1 vestido de árvore de natal. Então eu tenho as ideias mas não tenho jeito para o desenho. Então tenho de ter alguém a trabalhar para mim. O avô entra que tem jeito. Faz uma árvore de natal, faz o buraco para o boneco ver, pomos as bolas de chocolate numeradas. E como eles agora já escrevem foram às compras comigo. Compramos as bolas que são numeradas e eles próprios fazem a lista. A lista vai de acordo com quê? Os gostos de cada um. E este ano fizemos um cabaz de produtos alimentares. Assim dávamos presentes uteis. Então aparece o meu marido vestido de Pia Natal com um grande cesto com salsichas, cornflakes, ananas, bananas, essas coisas e cada convidado vai à árvore de natal e tira 1 bola. O Ricardo vai à lista e diz que 2 corresponde a tal. E depois vai entregar o presente. Isto também que os dias estão difíceis e temos que racionalizar os nossos presentes.

JB: Mas ainda não apanhei os 3 em 1!

C: Os 3 em 1 porque estamos sempre de acordo! Há um que quer assim outro de outra forma eu tento chegar a uma meio e às tantas está tudo de acordo e

fica tudo contente. E trabalhamos juntos. Também copiam as profissões dos pais e eu sirvo de cobaia. Quer dizer chegamos a tudo que eles querem mas de comum acordo.

JAB: Estou a perceber.

C: Daí os 3 em 1

JAB: Mas diga-me 1 coisa quando começou com a Dra C. aí há 2 anos, o que é que nesse processo psicoterapêutico semanal e relaxamento quinzenal que fatores acham que foram relevantes e que processo de mudança pode ter identificado? Relativamente a consigo própria e com os outros ...
Que mudanças sentiu neste processo?

C: As mudanças que eu senti neste tempo foi respeitar um bocadinho mais o próximo. Ou seja no aspeto eu muitas vezes quero ter só eu a razão e não encontrar aquele meio termo de ouvir e escutar. E eu falo mais e eu impunha mais e automaticamente tenho aprendido que tenho de dar espaço às outras pessoas tenho que as aceitar com os seus defeitos e as suas virtudes, tentando chegar a um meio-termo que era aquele maio termo que eu não tinha. Foi para mim muito gratificante

JAB: E essa busca desse meio-termo é só relativamente às suas relações interpessoais ou fá-lo também relativamente a si própria. Descreveu aqui.....

C: Não. Automaticamente rel. a terceiros como comigo própria embora por vezes extravase.

JAB: Mas nesse processo houve alguma sessão ou frase ou conceito que tenham sido especialmente marcantes e que se lembre.

C: eu penso que na continuidade das consultas com a Dra. C. me fui libertando e fui falando mais nas coisas a própria Dra. foi entrando num campo que me ficavam a trabalhar e eu sem querer eu fui percebendo que era esse campo que me estava a limitar muito mais e fui ficando mais aberta (41:30) porque era impensável eu sair sozinha, porque o meu marido está em Angola, mantemos uma nova distancia de há 2 anos para cá, o relacionamento têm-se vindo a afastar um pouco e chagamos à conclusão que o nosso casamento embora vá fazer 40 anos há um espaço muito grande pela ausência. Quando pedi ao meu

marido, não pedi para não ir, mas pedi-lhe que dentro de um tempo e se houvesse oportunidade também iria ter com ele. Estabelecemos um prazo. Não foi possível. Tornamos a estabelecer outro prazo, não foi possível. O meu marido tem 62 anos de idade e está a perder também os seus melhores tempos para acompanhar famílias, *faleceu a mãe em que ele não esteve presente durante 4 meses (???)* fui eu quem fiz o papel de filha acompanho agora o meu sogro com 89 anos de idade embora ... estou sempre presente quando é possível, na ausência do meu marido também (42:46) e eu comecei ao fim de 1 ano de estar lá, já vai agora a caminho de 2 anos, consegui fazer um dialogo com o meu marido a fim de tentar conciliar ou começar a perceber os sentimentos que o levaram a afastar-se de mim e de eventualmente querer vir a ter um divorcio. Porque eu sou uma pessoa que lido mal com o sentimento de injustiça e eu neste momento tinha e ainda tenho, ainda não passou, que eu não estando separada sou uma pessoa muito solitária, ou seja, tenho tido um sentimento de afastamento e de abandono porque não é o facto dele estar lá que faz que eu melhore aqui a minha situação de vida. Eu já lhe disse que a justificação do meu marido estar longe da família será, há problema de não realização profissional, de pessoal, ou emocional que ele não queira viver. Ele atravessa também uma fase dum problema da próstata e ainda pus essa situação. Eu consigo dialogar com o meu marido, sou uma pessoa muito direta, ao passo que o meu marido diz não sabe, não sei, e eu tenho tentado em todos os campos salvaguardar o nosso casamento pondo todas as hipóteses. A partir da data que ele me diz que a situação dele da próstata não é isso que faz que ele esteja fora ele me diz por exemplo que está em Angola não por realização profissional, não está lá a aprender nada, que não passa só por aprender mas também transmitir os valores a sua sabedoria também é uma realização, porque razão não podemos estar 24 horas dentro de casa sem nos agredirmos verbalmente sempre. Não falamos está muito ausente. É uma pessoa valida que quer continuar a trabalhar, não aceitou a situação de desemprego porque a empresa aqui fechou, e como o patão abriu em Angola uma atividade ele foi-se. Mas ele deixou para trás a família a nível de pais que precisavam, de 88 e 89 anos de idade, e magoou-me um bocado. Quando foi ao nível do preparamento da minha sogra eu tive que preparar sozinha porque lhe tinha sido detetado um tumor e que ela tinha dias. E ela em semanas ... e o meu marido entretanto diz-me eu vou aí ver o quê se não vou aí dar-lhe vida! E lá está é um sentimento de injustiça que eu não aceito. Eu digo assim, a partir de agora tu deixas-me de telefonar e eu de te dizer como a tua mãe está. Tu ligas e vais falando com a tua mãe porque eu sou nora, não lhe dou vida mas estou presente. A minha nora não é neta, só por afinidade, não lhe vai dar vida mas está presente, o teu

filho é neto, tem alguma obrigação porque primeiro estás tu mas tem a sua vida profissional, tem filhos e deixa de ir almoçar para estar presente com a avó. Eu fico muito magoada. Há uma serie de sentimentos que fizeram com que eu me faça distanciar. Isto de há 1 ano para cá. Daí que houve necessidade de aprofundar esta situação com a Dra. C. porque aquilo que tínhamos conseguido ultrapassar de forma positivo da C. começou a haver um retrocesso.

J: Refere-se aos ganhos que tinha tido com a psicoterapia e agora acha que está a regredir?

C.: Exatamente. Regrediu porque encontrei no meu marido, que não é uma pessoa egoísta, há um desconhecimento total do meu marido da pessoas que era e das atitudes que tem. Porque era uma pessoa extremamente carinhosa, foi um pai muito atento, participou muito sempre nas atividades desportivas e escolares, brincava com o filho, essas coisas todas. E o que eu noto é que a família para ele tornou-se num fardo (48:07) ele chegou mesmo a dizer isso, que se estava borrifando para a família. Pronto e então começa voltar a trás e a dizer assim. Então porque é que eu mudei, tentado chegar ao meio termo para nós termos 1 relação e eu aceitar os defeitos e valores do meu marido, porque é que estou a fazer este esforço tão grande quando ele põe a família de lado. E é nesse sentido que andava em terapia com a Dra. C. para tentar conciliar ali os tais sentimentos que ainda não voltaram ao arquivo. Por vezes tenho a sensação que já estou mais moderada e vou facilitar e compreender mas depois volta ao contrario. O mal de tudo é que ele vem cá de 4 em 4 meses (49:08) e aquela saudade ao fim de 3 meses deixou de existir. Aquele sentimento da falta que me faz um companheiro como amigo não sinto. Portanto isto é muito mau sinal para mim. Porque quando se começa a aproximar a vinda dele eu começo a ter um comportamento e a nível do sistema nervoso muito alterado porque ele vem aí. Eu vou ter que ter horários para isto, obrigações para ali, vou ter que ir ou ali ele vem com 15 dias só temos que ir a Trás-os-Montes, temos que dar assistência, eu com as dificuldades e limitações da fibromialgia as pessoas não compreendem o esforço que eu faço quando tive que por na mesa a família é com um esforço muito grande adicional. E portanto fica a minha casa a ficar toda desarrumada porque eu, ele vem com hábitos diferentes dos que tinha aqui eu tenho os meus hábitos e vou adquirindo uma certa independência e autonomia que também não deixo que ele leve a minha vida mais particular agora. Então entramos em choque. Primeiro porque não admito isso e depois porque estou

sob uma pressão muito grande acima das minhas capacidades físicas e psíquicas (50:50) e toda a gente vê mas não se preocupam em dizer mãe estás bem, estas melhor, C. precisas de ajuda. E vejo a falta de paciência para os netos, tem muitas saudades, vai com a lagrima no olho mas ao fim de 8 dias já não tem paciência para eles. Está cá fisicamente mas ao nível de cabeça está lá. O que eu lhe digo é, vamos ver, tu já não voltas de Africa, tu foste com uma ideia fixa, de voltar a Angola e enquanto puderes trabalhar.

J.: Conheceu-o lá

C.: Sim, conheci-o lá. Eu nunca cá tinha vindo e o meu marido foi para lá com 3 anos de idade.

JAB: Mas para o seu marido é uma espécie de regresso às origem

C.: É exatamente. E eu estive mto entusiasmada para ir ...

JAB: Isto foge um pouco à entrevista mas a sua ideia era regressar também lá, não?

C.: A minha ideia era ir e viver lá. Ele ficava lá comigo e ele nem vinha cá e ficava lá por causa do trabalho e eu vinha cá de 4 em 4 meses. Mas não é possível porque estão no campo da construção. A empresa é no Lobito, porque neste momento ele esta a fazer um trabalho de 3 meses em Luanda. Depois estive a fazer um trabalho em Cabinda e agora a obra grande que eventualmente será adjudicada, ou já foi, é uma obra de 3 anos no interior mesmo no mato em Angola. Eu disse-lhe, tu não me estas a ver ir para o interior viver quase numa sanzala. Eu não vou abdicar do meu conforto e dos 39 anos de trabalho. O dinheiro que tu ganhas em Angola está intocável só se houver 1 despesa extra é que se vai tocar ali. Eu governo-me com o que ganhei na minha vida. Eu não sou uma pessoa (53:50) de bens materiais. Eu dou muito valor à convivência a nível familiar que aos bens materiais. Porquê? Tu chegas cá e tentas compensar os teus netos, o teu filho e se calhar a mim em bens materiais que eu não quero.

J: Eu entendo a sua problemática. Uma coisa é viver em Luanda ou Lobito outra é viver no meio do mato. É um problema de segurança e de saúde, claro! E de conforto evidentemente

C.: Sim exatamente.

JAB: Avançou com a com a Dra C. o reconhecimento da necessidade de tomar mais atenção às pessoas e ouvi-las por forma a encontrar um meio-termo entre a sua opinião e a visão delas dos assuntos. E a vida torna-se menos complicada. Reparou se essa atitude teve reflexos nas suas dores

C.: Muito mais calmas. Isso não tenha a menor dúvida.

JAB: Houve outro processo qualquer que tenha surgido durante este processo de 2 anos de psicoterapia.

C.: Este processo que lhe estou a dizer de me tornar 1 pessoa agressiva que eu não era. Era exigente mas não era agressiva. Mas neste momento a nível de magoar, nomeadamente o meu marido, eu sou agressiva. Gosto de dar muito e envolver-me mas agora estou agressiva.

JAB: Logico que esta conversa está a ir por outro caminho que pretendia, ... é assim mas espero que a Dra C. não me “bata”, mas eu acho positivo quando uma pessoa tem uns “toques” agressivos. Porque quando está profundamente em desacordo

C.: magoada

JAB: magoada, sente-se injustiçada, se calhar quando diz que é negativa a sua reação eu nem sei se é assim. Quando pôs o carimbo de negativo em tudo o que dizia, eu não entendi assim como uma coisa negativa. Sob o ponto de vista social e no aspeto verbal poderá ter essa conotação. Agora uma pessoa se sente injustiçada, se sente magoada sente que as suas prioridades não são minimamente atendidas, tem de o manifestar de alguma forma. Portanto eu não seja que seja andar para trás. Porque o que me disse foi: eu até era boazinha mas agora sou pior portanto a psicoterapia que me estava a fazer bem, agora faz-me mal. Foi o que me disse.

C.: Pois foi!

JAB: Aceito o que me diz, mas pessoalmente não acho que seja um retrocesso. Mas isso tem de falar com a Dra. C.

C.: Já lhe disse também a ela que me tenho tornado um pouco egoísta. Digo eu. Porque é assim: a faixa etária das famílias que ainda me sobram da parte do meu marido e da parte do meu pai que é só uma irmã, têm 87 e 88 anos de idade e eu era do tipo de bombeiro. Cheguei a ter em minha casa em Bragança 3 pessoas acamadas por causa de 1 acidente com o meu sogro, a minha sogra tinha sido operada aos joelhos, e a irmã da minha sogra que partiu 6 costelas traumatizada e durante 4 a 5 semanas eu tomei conta dos 3 velhotes. Hoje as pessoas em questão, são de idade mas fazem a sua vida. O meu sogro ainda põe umas batatas e mais não sei quanto e agora que há 4 meses ficou viúvo a minha sogra com as limitações dos joelhos fazia a vida toda tinha uma memória formidável e tocava a casa toda e fazia a comida toda com criação essas coisas todas a tia que vive aqui em Lisboa com 88 anos operada à coluna mais as costelas partidas e com muita dor o certo porém é que quando alguém está doente é a C. e a C. que faz o almoço vai levar o comer, vai ajudar na higiene

RESET DO GRAVADOR

C.: Têm de se virar porque também tenho as minhas limitações e não peço nada a ninguém. Aquele telefonema diário ao meu sogro foi abaixo. Tu não ligas mas sabes ligar. Durante estes anos todos ele era Aninhas (*falecida mulher*) dá-me isto, Aninhas dá-me aquilo. Eu tive um projeto depois da morte da minha sogra em Vila-Real, andei noites inteiras no café sem ninguém para a acompanhar no hospital, estava sozinha num quarto de hotel e sem apoio nenhum. Tratei de tudo, preocupei-me com os medicamentos, tudo sozinha, dei a lista dos contactos e tirei tudo o que era pessoal da casa. E muitas vezes tirando as coisas da minha sogra o meu sogro que era Aninhas para aqui e Aninhas para ali, e às tantas diz-me assim: olhe dê-me aí um saco para por umas batatas e umas cebolas para a Monica levar. E eu peguei e virei-me para ele e disse assim: o Sr. Sabe onde está que ontem arrumei todos. Agora já não existe a Aninhas. E depois tem de ser o prato dele e o talher dele e se não ele já resmunga. Assisti a uma cena havia 4 pratos a uso no corredor e se estivesse o prato dele fazia uma escarcela até a minha sogra ir buscar o prato e o talher. Quando a Ana desapareceu a tia estava lá e como tem 1.30m de altura não chega aos armários. Tive que adaptar o arrumo dos armários. E sobrou espaço. Estava até o meu marido à mesa e ouvia-me e vou à sala e ponho o conjunto que estava a uso e ponho no armário e disse assim: João Lopes, a partir de hoje não há um prato especial. Levanta o rabinho da cadeira abre o armário e tira. Se não houver, lava e limpa e põe.. Não há a Aninhas que está hospitalizada e está pior que o Sr.. A tia Marina está aqui de passagem e não chega lá cima.

Portanto tornei-me mesmo agressiva, se calhar para o lado positivo, mas também para ele compreender. Aqui que o filho lhe poderia ter dito, não lhe dizia, porque ele foi habituado a ser posso, quero e mando, e teve que mudar. É nesse sentido que tenho vindo a mudar. Estou quase a fazer um papel partido com o meu marido a C. nunca esteve em 1º lugar. Até os meus netos já estão em 2º lugar.

JAB: mas isso tem um nome! Pergunto-lhe eu a si!

C.: não sei.....

JAB: será mais auto-estima?

C.: Exatamente. Mais auto-estima (05:23) e pela 1ª vez entendi que devia gostar de mim própria, coisa que nunca tinha gostado. Punha sempre a família à frente, sempre, sempre. Porque eu posso não ter uma pessoa muito simpática e de nariz empinado mas pelo contrário em todos os cenários em que foi necessário tanto da parte da minha família como do meu marido, estava sempre disponível e virava o mundo inteiro para ajudar.

JB: Podemos então de alguma forma resumir assim: neste processo de psicoterapia houve 3 mudanças. Uma a capacidade de **ouvir** as pessoas e ver e aceitar que elas têm as suas razões próprias que há que considerar encontrando um meio-termo entre as suas e as delas. Uma **segunda, que refere como** um a regressão (que eu acho discutível essa designação) em que frontaliza situações, irrita-se e **demonstra de forma mais veemente o seu desacordo**.

C.: **mas também o sentimento de maior auto-estima** Que resulta dum sentimento anterior de abandono e ter sido injustiçada ou mal considerada pelos outros, exatamente

JAB: Em que trata mais de si. Nestas conversas que tem com a Dra C. como se processão estes processos e vai contando

C.: Sim ela vai captando e memorizando e passado um tempo e noutra situação ela recorda situações relatadas anteriormente e recorda e confronta com contradição ou reforço da situação sim, exatamente

JAB: Quando começou a psicoterapia passou por fases de maior interesse e grande desinteresse?

C.: Não. É assim a Dra. C. sabe escutar que me transmite pela sua serenidade um bem-estar que me faz querer vir à consulta. Aliás disse isso à Dra.. A Dra. e o enfermeiro L. (hipnose) qua aliás fazem uma dupla excecional, me cativam. Ela fartou-se de rir: um dia vinha para a consulta e não vinha preparada para a chuva. Ora choveu torrencialmente e eu trazia uns sapatos de ganga. Eu, mais nada: tirei os sapatos e fui descalça até ao autocarro e quando lá cheguei peguei num lenço, sequei os pés e fui de sapatitos com os pés secos até a casa. Eu tenho essas fases. Na parte profissional lidei com faixas etárias muito velhas e muito jovens. Jovens licenciados com formação que não tinham nada a ver com as tarefas. Eu dei sempre muita força e fui uma pessoa que estava sempre disposta para aprender todas as novidades. Não deixava é que a máquina me explorasse a mim. Eu é que tinha que explorar a máquina. E quando via que havia um sector informático que tinha de me dar resposta e portanto incentivava muito os jovens. Eu parecia a galinha e os pintainhos atrás. Mas tenho bons profissionais formados. Aliás quando eu pedi a minha rescisão do contracto com a empresa foi até à última porque eles pediam para eu não sair (10:27). E eu disse vocês têm de compreender 1 coisa, tenho problemas de saúde, que me obrigam a ter muito mais medicação para dar o trabalho que me habituei a dar, fico muitas vezes 10 h no trabalho com muita dedicação. Segundo a empresa mudou: era a S. P. passou para a R. e não gosto muito da nova equipa. Mas adaptava-me mas eles não me conhecem e não sabem se sou ou não preguiçosa. Nós tínhamos até porque há pessoas que acham que quem tem fibromialgia é preguiçosa. Só quem me conheceu desde os 22 anos de idade até aos 55 anos de idade é que sabe o que eu era. Por outro lado havia 2 jovens que eu tinha formado, uma delas com contracto a prazo que quando terminasse aquele projeto vinha para a rua porque a nova empresa não ia admiti-la. E havia 1 estagiário, passavam muitos por mim, que eu entendi que era uma pena perder aquele elemento porque era uma pessoas que para além dos conhecimentos das Novas Tecnologias era uma pessoa que em termos sociais e de aprendizagem, muito valida. E eu disse prefiro ver estes jovens no meu lugar porque são eles que vão pagar a minha pensão. A 1ª coisa que fazia um estagiário ou contractado que viesse para as minhas mãos eu dizia vocês vão aprender de a a u: principio meio e fim. (12:37). Vc vão ser tão bons ou melhores que eu. Têm de trabalhar melhor que eu para eu trabalhar menos. Uma pessoa tem de mostrar que tem vontade de aprender.

JAB: Ok , Chegamos ao fim.... (DESLIGADO O GRAVAOR E AGRADECIMENTOS FINAIS)

P2: CP

JAB: Bom dia, obrigado pela sua disponibilidade em estar aqui. Antes de começarmos: está a tomar algum tipo de medicamento?

CP: Sim. Tomo Fluoxetina (2 de manhã) , Triticum (1 à noite), Terciam (100mg à noite) e Lexotan (1.5/noite)

A Fluoxetina e Triticum são anti-depressivos. O Tercian é mesmo para dormir.

JAB: Mas ... começando, o que tem sido para si, e duma forma geral a terapia que tem feito com a Dra. C.?

CP: Uma grande ajuda. Ajudou-me a sair do fundo do poço e a vir para cima

JAB: Mas o que é para si o fundo do poço?

CP: O poço é a escuridão. Eu vim para a Dra. C. depois de ter feito uma coisa muito feia! Tomei medicamentos a mais porque há muito tempo não dormia e então tomei medicação a mais e fiquei com intoxicação medicamentosa e já nem me lembro como vim para o Hospital, veio a família buscar-me (02:04) eu não me lembro de mais nada. Depois saí no dia a seguir foi lá uma médica a Prof^a. PH que achou que devia ficar internada 1 mês para saber qual a medicação mais adequada e mesmo assim foi difícil a adaptação à medicação.

JAB: Quando começou com a Dra. C.?

CP: Há 2 anos

JAB: E está regularmente com ela

CP: Sim

JAB: Mas tem dores. Mas como veio aqui ter? Através da consulta da dor ou através da Prof^a. PH?

CAP: Através da Prof^a. Que me mandou para a Dra. C..

JAB: Mas entretanto está a ser medicada pela dor!

CP: Já fui medicada pela dor mas agora não. Já sei o que devo tomar quando estou com aquelas dores mais horrorosas, já sei o que devo fazer.

JAB: Olhe mas diga-me todo o processo que através da Prof^a. A levou à Psicoterapia o que tinha por trás?

CP: Era uma depressão.

JAB: Mas já é capaz de identificar o que estava por de trás dessa depressão?

CP: O que me preocupava fosse ... não me entendia, ninguém me entendia. Isolava-me muito, entretanto os meus primos vieram de Angola no 25 de Abril e para eles dormirem lá em casa fui dormir para casa duma vizinha. Portanto tiraram-me a mim de casa para por lá eles.

JAB: E que idade tinha na altura?

CP: Na altura tinha os meus 12 anos.

JAB: Isso foi para si muito doloroso?

CP: Foi! Doloroso no aspeto ... eu dava-me bem com a vizinha e com os filhos e isso tudo.....

JAB: Mas foi pelo facto de ter sido preterida?

CP: Exato

JAB: E a partir daí achou que ninguém a compreendia.....

CP: Na altura não via muito bem, mas aos 13 anos comecei a sofrer de problemas urológicos e tive crises de não andar que o médico dizia que tinha mais a ver com o sistema nervoso. Ainda fiz uma punção lombar e então na altura fiz psicoterapia e deu resultado. Voltei a adormecer sem comprimidos já fazia psicoterapia, fiz durante 2 anos o que deu resultado, pôs-me a dormir. Mas entretanto as coisas foram-se agravando do sistema urológico principalmente agravando a doença em si, porque tive neo bexigas, mudanças de ureteres até que entretanto quando tinha os meus 18 anos fiquei com uma urostomia fiquei com saco mas sempre passei bem, nunca deu para

ficar “olha agora tenho 1 saco” não, sempre levei numa desportiva. E agora já tenho o saco para aí há 5 anos. Por causa ??????

JAB: Por causa de ??????

CP: Por causa de cirurgias. É que eu já tenho 72 operações

JAB: Bem 72 já é um número realmente valente! Desculpe...

CP: (Ri-se) Mas é verdade!

JAB: Mas portanto começa a fazer a psicoterapia por todas essas coisas mas verdadeiramente a houve um processo aos 12 anos em que é capaz de se sentir abandonada, depois entra num processo com algumas dificuldades em andar que o médico atribui ao sistema nervoso

CP: Deixava de falar e de andar, fazia muitos internamentos, era mês sim mês não por causa dos rins

JAB: Mas a depressão que conduz à Dra C. a origem é todo essas problemáticas acumuladas que achava que ninguém a entende?

CP: Na altura sim! Exato. A Prof^a mais ou menos tentava fazer psicoterapia, mas eu precisava mesmo dos comprimidos, porque ela disse “a tua intenção não é matares-te, tu querias era dormir, porque já não dormias há muito tempo”. Tanto que a médica lá do internamento dizia que todos os que se tentam suicidar com medicação tu és a única que não tentaste reincidir. Tentaste ... e querias dormir. Tanto que os enfermeiros tratavam-me de maneira diferente a mim que aos outros.

JAB: E não conseguia dormir por causa da depressão?

CP: Eu acho que não conseguia dormir (silencio). A minha mãe dizia que eu desde pequena dormi muito mal! Desde que nasci que os meus soninhos eram de ½ hora e depois toca a arrebatar. E já tenho falado com a minha médica de família que me segue desde miúda e que eu sempre tive uns sonos muito ténues.

JAB: Antes disso mas agora como tem passado?

CP: Agora tenho passado bem desde que tirei um rim.

JAB: Tirou um rim?

CP: Tirei porque o rim dava-me muito trabalho. Dores horríveis, infeção,

JAB: E com o que ficou as coisas estão mais normalizadas, é isso?

CP: Estão. De vez em quando também dá dores que está infetado mas pronto passo melhor. Ainda há bocado dizia à Dra. C. que é engraçado que tenho uma dor fantasma chego à noite e tenho imensas dores daquele lado e tenho que por um saco de água quente e passa-me a dor.

JAB: Diga-me uma coisa mais por curiosidade: o outro rim está a aumentar de tamanho?

CP: Está a diminuir

JAB: O rim que tem está a diminuir?

CP: Está! Já o outro diminuiu bastante.

JAB: Do que entendo está a passar melhor.

CP: Sim. Eu tenho um amigo meu que se prontificou ... eu tenho muitas artroses, muito, muito principalmente na cervical e ele diz que foi de tantas cirurgias e assim então esse meu amigo faz-me massagens e eu fico muito mais aliviadas das dores se bem que à noite isto incha e lá tomo um Zaldiar ou Benuron e melhora

JAB: Mas numa forma geral a tristeza e depressão...

CP: Estive assim mas agora em Janeiro fui-me a baixo. Uma médica mandou-me parar com a medicação toda da psiquiatria, e fui-me abaixo outra vez. A origem entrei em depressão deixei de dormir, mas consegui dar a volta por cima. Parei aqueles medicamentos, voltei aos anteriores que a Prof^a me tinha passado, e consegui. Quem me ajudou foi a Dra. C.

JAB: Porque diz que a Dra. C. a ajudou muito?

CP: Quando eu estava com aquela depressão horrível (12:11) às vezes ficava muito ansiosa telefonava-lhe e ficava calma

JAB: Assim em SOS quando estava mais deprimida

CP: Exatamente. Aqueles 5 – 10 minutos já chegavam

JAB: Como se descreve como pessoa?

CP:

JAB: É difícil? (Sorrir). Vá simpática e

CP: Sou muito amiga de animais. Já tive um cão e um gato mas com as idas para o hospital não tinha a quem deixar e tive que os dar. Foi o meu maior desgosto. Agora tenho 1 canário. Ainda agora estávamos a falar eu e a Dra. C. que a amiga de uma amiga minha tem uma Yorkshire e diz que se não tiver a quem deixar os cães os mata. A minha vontade era dizer que eu queria um cão daqueles. A Dra. C. esteve a dar-me montes de ideias e se calhar eu pedir à minha amiga que me traga um Yorkshire (ri). Gosto imenso de animais.

JAB: Os Yorkshire são um pouquinho eléctricos.

CP: Pois são eléctricos e aguentam-se bem em casa. Como a mãe da Dra. tem 1 Yorkshire e então tivemos a falar sobre isso.

JAB: Mas trabalha?

CP: Trabalho

JAB: Então o cãozinho tem de ficar umas horas sozinho

CP: Pois exato. A Dra. C. também tem 1 pequenino e diz que fica bem sozinho. Fico com o jornal vai de manhã à rua e vai à noite e fica bem.

JAB: Mas como se descreveria? Gosta muito de animais....

CP: Normalmente sou afável para as pessoas, já fui perguntar em hospitais, gostava de fazer voluntariado. Fui voluntária na cadeia de Tires onde gostava muito de trabalhar e tive pena de deixar porque ficava muito caro ir e vir. A prisão de mulheres é só em Tires. As outras são mistas.

Há a casa das mães onde ficam com os bebés. Normalmente apanhamos mais ciganos, há a casa de reabilitação para o desmame de toxicodependentes. E depois há 2 pavilhões enormes onde estão cento e tal mulheres.

JAB: Mas estava mais com as mães, com as toxicodependentes...

CP: Fazia o que ninguém gostava que era trabalhar com os toxicodependentes. É duro mas eu gostava. Trabalhava com elas e por vezes diziam-me coisas que não diziam à psicóloga e eu e o psiquiatra que eu conhecia falávamos em conjunto sobre o que se passava porque havia certas coisas em que elas se abriam mais comigo que com a própria psicóloga. E fazia o pavilhão dos homens de que eu gostava imenso.

JAB: Já percebi que é uma pessoa simpática, afável, gosta de animais e de se dedicar voluntariado. E como as outras pessoas a descrevem?

CP: Eu não sei muito bem! Eu gosto de conversar, não com toda a gente mas com quem tenho a aprender. Mas quando era voluntária gostava imenso de ouvir as histórias deles. Gosto de ouvir e considero-me uma boa ouvinte. Pelo menos era o que diziam. NA cadeia diziam que era uma boa ouvinte. Eles escolhiam-me para ultrapassar certas coisas que se passava dentro da cadeia e os guardas não podiam saber, não é, os telemóveis a entrarem e nós não íamos denunciá-los. Era função dos guardas vigiarem e saberem.

JAB: E no emprego, o que diziam de si?

CP: Dizem q, é engraçado que agora estopu a trabalhar num sapateiro e ao lado é um café onde eu trabalhei lá 12 anos. Portanto as clientes do café passam sempre no sapateiro e “Olá está tudo bem e não sei quantos” dizem que sou simpática têm jeito para o balcão.

JAB: E tem?

CP: Eu acho que sim.

JAB: Desabafam consigo as clientes. É?

CP: Exato!

JAB: Então devia ser psicóloga?

CP: há quem diga que sim!

JAB: Se calhar é por isso que a psicoterapia está a resultar mais. Percebe o trabalho da Dra. C.

CP: Aprecio imenso gosto muito de fazer psicoterapia!

JAB: Porque gosta?

CP: Há ali uma pessoa que me entende que me sabe dar toques sobre certas coisas. Eu aprendi a dizer não. Não sabia dizer não a ninguém! Eu aprendi a saber dizer não. Não consigo a todas mas normalmente era a moça de recados de todos. E isso resultou do trabalho com a Dra. C. Isto de dizer sim, sim é bastante complicado. Tive uma má experiência ainda há poucos meses com uma bipolar. Eu estava a ficar meia paranoica com ela. Era a ex-companheira do meu patrão e ela achava que devia ser a psicóloga dela. Até inventou que teve 1 AVC eu e os bombeiros se admiraram como ela descia dum 4º andar a pé, não quis cadeira, não quis nada com um AVC que lhe apanhava todo um lado. Fez-me estar 4 horas na urgência e ao fim das 4 horas comeu, dormiu e diz-me assim, não quero ir ao psiquiatra e vamos embora. Fiquei ...

JAB: Sentiu-se aldrabada

CP: Revoltada

JAB: Isso é um sentimento melhor porque talvez possa aprender alguma coisa com isso. E além de dizer que não o que é que outras coisas

CP: Gostar mais de mim. Apreciar mais outras coisas, as minhas qualidades, aprender a que gostar de mim posso fazer outras coisas

JAB: Mas o que não gostava em si?

CP: Eu não gostava em mim, acho que o eu mesma, chegava ao espelho e dizer que não gostava de mim. Eu não sou pessoa de olhar para o espelho. Não gostava muito de mim mesma. Deixava que os outros me pusesse os pés em cima. Disse assim tinha uma prima minha que dizia muita vez, tu és feia por isso é que as pessoas se afastam mais de ti e tinha um irmão que não me liga muito é meio afastado, é meu meio irmão, e eu comecei a eu comecei com a ajuda da Dra. C. a apreciar o que há de bom em mim. Entretanto estive na junta de freguesia comecei por fazer ginástica, comecei a fazer leitura descritiva .

JAB: Começou a ter mais auto-estima?

CP: Sim

JAB: Mas o que é leitura descritiva?

CP: É assim, uma pessoa lê um texto e depois vai comentá-lo para o grupo e vai esmiuçar. Portanto era uma jornalista que dava as aulas e portanto punha-nos a pensar, eram certas frases, entrar mais no amago de certas frases e palavras. Era literatura. Tive muito gosto pela capacidade de análise

JAB: Verificou que tem capacidade de análise.

CP: É verdade ... tenho capacidade de análise. Aliás acho que é a única Junta de Freguesia que tem uma coisa destas.

JAB: E que mais?

CP: E outras coisa. Tenho feito muitas coisas durante a vida

JAB: Falamos já aqui da capacidade de dizer que não, da auto-estima, de descobrir capacidades suas e isso são processos de mudança

CP: Também houve uma ajuda muito grande. Os meus pais faleceram no espaço de 1 mês um do outro. Houve uma ajuda da Dra. C. Ajudou-me imenso. Eu pensava que não conseguia levar a minha vida para a frente sem eles. O meu pai foi a um banco mas foi por negligência médica furaram-lhe o intestino ao fazer uma colonoscopia mas não detetaram logo porque ele começou a ficar desorientado porque lhe tiraram a medicação de Alzheimer, ele ainda estava

bem fazia tudo sozinho e tudo, teve uma septicemia, que eles nunca conseguiram debelar, pensavam que conseguiam controlar, mas depois não conseguiram, e estive cá à volta de 3 meses assim. Ele morreu com os joelhos juntos à cara porque tinha uma ferida enorme no rabo. Eu vinha à fisioterapia e também lhe segurava as mãos porque onde lhe deitava mão, aleijava e eu vinha segurar-lhe as mãos tanto que eu estava internada porque tirei o rim, não, fiz uma ??plastia estive internada 10 dias e via o pai e via a mãe. Tinha a mãe internada aqui. Tinha os 2 internados.

JAB: Isso é difícil. Como ultrapassou isso?

CP: Foi há 2 anos e ainda hoje é difícil. É porque eramos só os 3. Eramos os 3 o cão e o gato e hoje em dia chego a casa e não tenho ninguém. Agora tenho o trabalho.

JAB: Disse-me que tinha 1 irmão afetivamente longe

CP: Eu não passo sem lhes telefonar quase todos os dias. Tanto a ele como à minha sobrinha que já tem 40 anos (temos pouca diferença uma da outra) e telefono ao meu sobrinho que tem 18 anos que é filho da minha sobrinha. E pronto no outro dia telefonei: então filho está tudo bem (eu já não telefonava há 4 dias) diz-me ele assim: eu pensava que já tinhas morrido, não telefonaste! E eu disse epá mas o direito não é igual também podes telefonar, não pagas nada como eu. Ele ficou assim engasgado, não esperava que eu lhe respondesse porque se fosse noutra altura eu não tinha respondido.

JAB: E isso não lhe dá

CP: Dá-me uma certa

JAB: Força?

CP: Força!

JAB: Eu acho muito importante saber dizer que não numa forma natural. Quando uma pessoa consegue começar a dizer que não mas sem ofender ninguém de forma natural .. nós pensamos que dizer que não é qualquer coisa que ofende e quando se começa a descobrir que se pode dizer que nem sem ofender as pessoas respeitam-nos é ...

CP: Ficamos satisfeitos connosco próprios, é isso mesmo!

JAB: Portanto houve alguma situação que tivesse considerado negativa, que tivesse piorado para si

CP: Não, pelo contrário tem-me ajudado imenso. Assim que a vi, vi que era a pessoa ideal para mim.

JAB: Não leve a mal a pergunta que faz parte de um guião e há casos em que tal acontece. Por ex. podem surgir desidealizações de pessoas que nos eram importantes

CP: Eu gostava imenso do meu pai. E durante a psicoterapia eu vi que a minha mãe não era a pessoa que eu esperava. Mas a fase de desidealização já passou! Já quando a minha mãe era viva e fiz psicoterapia antes o meu pai sempre aquela pessoa que me apoiava em tudo. Ia comigo aos médicos, quando fazia cirurgias estava lá sempre presente. A minha mãe não. Portanto era mais .. dava-se melhor com o meu irmão, que era enteado dela do que comigo. Eu era mais para o meu pai e o meu irmão não queria nada com o meu pai. Tanto que o meu irmão disse uma coisa que a mim me chocou imenso na altura da morte do meu pai ele disse, não senti tanto a morte do pai mas quando a tua mãe morrer vou sentir muito mais. E eu fiquei chocada porque o pai nunca foi mau para ele, não lhe fazia era as vontades todas porque ele quando era novo não gostava de trabalhar e queria que lhe dessem dinheiro e ele com 17 anos já tinha 1 filha (a minha sobrinha) portanto não tinha aquela madureza que se pode ter eu fiquei muito chocada e quando a minha mãe morreu ele. a mim custou-me também muito, mas foi a 1ª vez que o vi chorar, fiquei chocada por o meu pai não merecia, porque quando ia com ele às consultas de neurologia a Dra AV, ela está no Hospital FA, é uma medica especialista em Alzheimer ele queria que eu estivesse sempre presente nas consultas e ele dizia “estou assim por causa do meu filho” porque o filho não era capaz de telefonar a saber do pai.

JAB: Chegou a falar com o seu irmão sobre isso?

CP: Cheguei! Não nos entendemos! Nessa parte de resto levo tudo numa boa!

JAB: Há alguma coisa quando se observa que acha que ainda tem de trabalhar em terapia? Já identificada mas ainda não trabalhada?

CP: Acho que não. Neste momento estamos a trabalhar numa coisa muito importante que é aprender a gostar de mim. Auto-estima. A Dra. tem sido uma valia nesse aspeto e estou a progredir

JAB: Mas pode dar um exemplo? Ao nível que lhe parecer.

CP: Talvez quando está um grupo grande tinha muita timidez e agora já me aproximo. Por exemplo estava muito afastada dos meus amigos porque não tinha paciência, não estava para os ouvir e eles a mim. E então afastei-me. Quando algum dos meus amigos me convidava dizia sempre que não.

JAB: E agora?

CP: Agora já combinamos coisas, ir ao cinema e assim. Pronto acho que estou a tentar a aprender a estar com eles outra vez!

JAB: E o que gostaria mais de fazer?

CP: Eu gostava mesmo de fazer neste momento era ter o cãozinho (ri !!!). Essa minha amiga que é amiga da dona do cão disse-me para mim: “Tu não penses em ficar com o cão. Tu já deste o teu e depois é uma traição que tu fazes ao teu”. Mas o que a Dra. C. me dizia hoje, não é traição nenhuma, tu deste-o na altura porque tinha que ser, porque vinhas para o hospital e ias estar 1 mês e tal internada. E não pensei também porque queriam muito dinheiro e eu estava a viver da reforma e pô-lo num hotel para cães o bicho não se ia dar. Pensei que tinha dado bem, mas a pessoa depois desligou o telefone e nunca mais soube nada dele. E então queria este e então a minha amiga dizia “Não fiques. Não fiques” mas a Dra. C. dizia **que pensa bem, mas acho que precisas mesmo uma coisa para animar, uma coisa a quem dê amor, vá!**

JAB: Voltando atrás diga-me uma coisa estava à espera que isso lha acontecesse?

CP: De quê?

JAB: A capacidade de dizer que não

CP: Não, não estava à espera.

JAB: E se não houvesse psicoterapia acha que poderia ter acontecido

CP: NÃO! E foi muito importante

JAB: E a questão da autoestima, também estava à espera?

CP: Não estava nada à espera.

JAB: Mas sabia que tinha esse digamos, problema?

CP: Sabia.

JAB: Mas não imaginava, digamos, resolvê-lo

CP: Não e está a ser uma surpresa e acho muito importante. A autoestima põe-nos para cima e ainda acho e ainda às vezes digo para mim “pois não prestas para nada”

JAB: Mas montou uma estratégia de dar a volta?

CP: sim de dar a volta por cima. Mas tem sido um bocado difícil, a autoestima!

JAB: Mais difícil que o dizer que não?

CP: Talvez, em comparação foram os dois um (----silêncio-----)

JAB: Esperaria mais alguma mudança? Agora qua tem refletido sobre si.

CP: Ter mais tempo para fazer aquilo que mais gostei de fazer, o voluntariado. Só não gostei do que fiz na pediatria da oncologia e depois faleceu-me um menino com 5 anos de idade.

JAB: Isso é muito pesado, claro!

CP: E então desisti. Eu sempre fiz voluntariado pesado. No Pulido Valente na unidade de pneumologia mas estava no piso dos que estavam em fase terminal. Porque achavam que eu tinha capacidade para estar na

JAB: Quem é que achava?

CP: A psicóloga achava e aguentei mas é muito difícil

JAB: E agora voltava para lá?

CP: Talvez voltasse para o piso de baixo que é as pessoas com quem sei trabalhar melhor, os toxicodependentes: HIV normalmente têm problemas pulmonares e de fígado. Normalmente ia ao sábado fazer voluntariado. Dava o almoço cá em cima, ajudava os da pneumologia e depois descia cá a baixo aos da piso de baixo a saber se era preciso e mesmo que não fosse passava no piso e ia cumprimentar aqueles que já conhecia.

JAB: Mas também falava com ele....

CP: Falava com eles eu gostava de ouvi-los e dizia que tivessem força, sigam para a frente e não façam disparates

JAB: Mas não estavam em fase terminal

CP: hummm só que eles às vezes fogem, alguns todos nus. O Pulido Valente é muito grande e principalmente a zona de cima e eu ia a pé até lá cima e dava a volta imensa pela igreja para ir lá para cima

JAB: porque é importante para si?

CP: Gosto de ouvir as pessoas.

JAB: Mas dar-lhes apoio é para si um sentido de vida?

CP: É dá-lhes apoio!

JAB Dar apoio aos outros é para si um sentido de vida?

CP: É, é! Mas o que gostei sempre de fazer é na cadeia. Pronto eu vivo num bairro de toxicodependentes, em cada esquina vê um tráfico. Mas estou habituada. Trabalhei na farmácia do meu bairro 12 anos e estou mto habituada a lidar com eles e na cadeia já tinha a experiencia de quando trabalhei na farmácia sabia aqueles nomes que eles normalmente não gostam de por cá

para fora o vocabulário deles, depois acompanhei uma toxicod dependente com SIDA ela, saiu da cadeia, estava limpa, estava ótima felizmente foi ver o companheiro na outra cadeia que também era sero-positivo e ficou grávida. Então para a criança não continuar em sofrimento, uma vez que nasce elas têm de continuar com a Metadona. Eu ia buscar-lhe a Metadona, eu era a responsável, ela morava ali para o aeroporto. Eu ia buscar a Metadona às Taipas, todos os dias, levava um papel assinado para levar para o fim de semana, ela tomar. Mas ela ainda assim começou outra vez a consumir e juntou-se com ele, foram à consulta de ginecologia e roubaram o PC portátil da Dr.ª, eu fui buscar ao Bairro da Cruz vermelha e obriguei-a a ir entregar o PC mais ele, ameacei-o que tinha conhecimentos na Judiciária, não tinha nada mas pronto, e ele foi entregar o portátil. Eu fiz a gravidez toda com ela ia buscar a metadona, ia às consultas com ela, pronto. Quando o bebé nasceu fui vê-lo e coitadinho teve ???ainda 2 dias . É um bebé lindíssimo e ela hoje tornou-se uma mulher independente. É cabeleireira.

JAB: Mas que sucesso! Não a enche de orgulho?

CP: Enche!

JAB: Diga-me 1 coisa: o bebé negativou???

CP: O bebé negativou

JAB: Veja bem

CP: O único sitio onde fazem esse trabalho é na Alfredo da Costa na consulta de alto risco! Onde estão as crianças de 12 e 13 anos grávidas que é de alto risco e ali atendem sero-positivos. Fazem as análises. O menino deu negativo, mas só aos 3 anos é que se sabe. Ela já tinha uma filha que também era negativa. Eles conseguiram fazer a cura nas consultas das Taipas e continuou aqui em Sta. Maria, ela tem um cabeleireiro, já conseguiram comprar uma casa, a filha que vivia com os pais dela já está a viver com ela, já deve estar com 18 anos, a filha dela mudou imenso

JAB: Como se sente?

CP: Muito bem. Foi uma experiencia boa!!!

JAB: Acho que estamos a chegar ao fim. E já deve estar cansada

CP: NÃO!!

JAB: Na sua qualidade de vida, das dores, da medicação , como tem passado?

CP: Está! Eu percebi, quando foi isto da medicação, que não posso viver sem a minha medicação que eu estava a fazer.

JAB: e as dores? Consegue controlar?

CP: Consigo controlar. Ainda agora estávamos a rir que eu nunca tive uma análise negativa de urina assética. Era sempre positivas e com uns bichinhos daqueles tramados. Fui buscar a semana passada um análise que fiz de urina assética e vem negativa. E disse à Dr.^a C. que se deviam ter enganado porque nunca tive uma análise negativa. E disse a uma amiga que trabalha no laboratório e ela disse em ti é um bocado difícil. É porque tu andas melhor! Eu ando a fazer um regime, é uma dieta que estava com muito peso, só perdi 2kg e tal mas acho que a dieta também está a resultar no resto.

JAB: Não acha que o seu estado psíquico pode ajudar nisso?

CP: É o que a Dr.^a C. também me diz. Mas eu acho que sim que tem a ver com o estado de espirito.

JAB: Mas sabe que o objetivo destas psicoterapias é conseguir reduzir a medicação. Podem continuar a ter dores mas deixam de ser dominadas pela dor

CP: É horrível, é verdade!

JAB: Não sei se tem mais alguma coisa a dizer, mas agradeço-lhe imenso a sua disponibilidade e abertura para esta nossa conversa

CP: Mas sabe ao principio é muito difícil esta coisa da psicoterapia. Porque nós contamos as historias todas mas depois é um sacrifício, não percebemos bem porque é que estamos aqui. Já contamos tudo mas de repente há como um click que começa ... a Dr.^a diz-nos qq coisa que nos faz realmente pensar e é como se fosse uma parede que se parte e aí começamos a ver novos

problemas e a ver o que realmente nos preocupa, novas formas de pensar e esse é que é o momento a partir do qual começamos a desejar vir toda as semanas à consulta porque descobrimos novas perspectivas para coisas que nunca tínhamos pensado nelas, para os nossos problemas nunca tínhamos pensado nelas, por isso eu recomendo a toda a gente a fazer psicoterapia quando tem muitos problemas (ULTIMAS PALAVRAS DE DESPEDIDA DE CP AO SAIR DA ENTREVISTA)

P3: MLC

JAB: Obrigado por ter vindo. Toma atualmente alguma medicação?

ML: Tomo medicação, mas só associada à dor!

JAB: Como se descreve?

ML: Não sei. Nos dias de hoje não sei como me descreveria. Sou assim uma sombra do que era. Era uma pessoa dinâmica, tive de enfrentar as coisas da minha vida praticamente sozinha é mais ou menos isso.

JAB: Teve que enfrentar e enfrentou. Tem coragem!

ML: Devo ter. Fui obrigada. Eu desistir ... nada! Sim a vida ... Tive uma tia, no Alentejo de vez em quando as pessoas atiravam-se para dentro dos poços. E isso a mim deu-me força para não desistir. Até podia ter desistido de outra maneira que era ter-me posto a um canto! Eu conheci uma rapariga aqui em baixo quando estive internada mas foi só durante o dia... porque deixei de comer e só vinha de manhã para tomar a medicação do Dr. CG e uma rapariga, só porque o namorado a tinha deixado, já tinha pensado matar-se. Eu não tinha vida para tanto.

JAB: Como as outras pessoas a descreveriam?

ML: Não tenho ideia. Em geral só falo com os meus amigos

JAB: E como reagem eles?

ML: São carinhosos.

JAB: Se são carinhosos é porque a ML é carinhosa para elas.

ML: Ah, sou! Há tempos morreu-me uma grande amiga com um cancro. Olhe era engenheira

JAB: Como sabe que sou Eng.º?

ML: Porque me disse! Até o valoriza, claro.

JAB: Há pessoas que lhe causam impacto o que quer dizer que a ML lhes causa impacto!

ML: Nunca tive muitos amigos mas são quase desde a primaria, mas tenho sabido conservá-los. Eu não tive irmãos, tinha primos irmãos. E liguei-me muito aos meus amigos, amigas, mais amigas! Porque no Alentejo e na minha época não era fácil a gente ter amigos homens.

O mesmo ao falar com os meus primos era censurada, portanto está a ver! Outros tempos que vão passando, mas lá no Alentejo não sei! Ainda são um bocadinho...

JAB: Se pudesse mudar em si alguma coisa o que mudaria?

ML: Vou começar pela saúde. Tirar a dor, concertar a minha boca, e ficar mais fortinha que eu estou muito magrinha.

JAB: Está um bocadinho magra!

ML: Sim!

JAB: Há quanto tempo está com a Dra. C.?

ML: Cerca de 2 anos

JAB: E as consultas eram mais ou menos semanais?

ML: Mais ou menos dependia das falhas mas tentou-se sempre que fosse semanal.

JAB: O que acha que nestes 2 anos

ML: Tem sido de uma maneira... nem sei como dizer mas ela é fundamental na minha vida agora, porque tenho tido tanta dor, tanto mal-estar e tanta coisa confusa que já estava mesmo.... Nos limites. Nem queria saber de sair, de me levantar de nada!

JAB: Pode dar exemplos ou ser mais explícita?

ML: Autoestima?

JAB: Alguma coisa que ao fim destes 2 anos diga: eu hoje vejo de outra forma, eu hoje procedo doutra forma..

ML: Talvez falar da minha relação com a minha tia que era muito difícil e ao falar com a Dra. C. melhorou bastante. Nós vivemos as 2 na mesma casa.

JAB: Mas o que melhorou?

ML: Eu tinha medo da minha tia como se tivesse 7 anos! Era assim! Eu não conseguia falar com ela normalmente como quando falo com qq pessoa. Porque tinha aquela carga repressiva. Oh agora tanto me faz

JAB: Carga repressiva?

ML: E depressiva! O meu filho chegou a dizer-me: oh mãe tu tens 40 anos - isto já foi há 14 anos. Tem cuidado porque a tia não tem direito de te dizer isso. Eu comecei...mas enfim foi a Dra.C. que me ensinou a não me sentir tão mal, tão magoada, tão triste

JAB: E inferioridade?

ML: Também

JAB: E hoje quando a vê já reconhece que se sente de outra forma?

ML: Claro. Digo-lhe coisas que nunca lhe teria dito

JAB: E ela reage?

ML: Ela vai aceitando. A minha tia ajudou-me a criar o meu filho. As minhas tias pagaram os estudos. Mas não tem bom feitio. Eu fui criada por uma família patriarcal (09:25) e a minha tia é muito parecida com a minha avó. É sempre assim. Parece que estão sempre zangadas. E eu gosto dela, é inquestionável e também gosto da minha tia. Elas foram fundamentais para o meu filho

JAB: Acha que tem uma certa dívida de gratidão.

ML: tenho meso carinho por elas. Gratidão também sinto. Provavelmente as minhas úlceras vêm a ver com a tensão à volta.

JAB: Lembra-se de algum momento durante as conversas com a Dr.ª C. de alguma circunstancia ou frase que lhe tenham ajudado a esse processo?

ML: Que me recorde, não. Provavelmente sim, mas não que me recorde.

JAB: E além da sua tia houve mais alguma coisa nas conversas tidas que lhe tenham despertado para mais alguma problemática

ML: A relação com o pai do meu filho. Não relação mas a aceitar as coisas que me fez.

JAB: A apaziguar-se com a parte importante do seu passado.

ML: Sim e atentar não me magoar mais a mim e dizer as coisas que tenho de dizer às pessoas.

JAB: Mas em geral?

ML: Sim, lembrei-me e da família dele

JAB: Mas isso teve reflexos noutras pessoas.

ML: Sim. Ela tem sido.. com a doença que tenho que provoca muita dor e uma pessoa não tem vontade para nada. Nestes dias que estive em casa vim cá e depois piorei. É que eu fico tão cansada que nem vejo as coisas que estão ao meu lado! O telefone estava sem som mas estava a tremer, e via a luz mas não tinha coragem nem para atender. O telefone da casa o meu filho ou a minha tia atendiam mas eu não tinha coragem nem de ir ao telefone.

JAB: Agora já é capaz de voltar a atender!

ML: Agora é tudo normal!!!! Eu agora apesar de ter dores é tudo normal. Era capaz de ter vômitos se passava um amigo e eu queria dizer umas coisas porque estava a querer ajudar o filho de um senhor conhecido e colega do Walter no liceu, eu nem consegui falar com ele. Não dá! A Dr.^a ajudou a ultrapassar essa fase. Agora vou começar um novo tratamento. A medica gastroenterologista.

JAB: Mas é um tratamento gastro por causa das dores?

ML: Hum, hum. Porque isto tem a ver com toda a problemática que eu tive e o meu organismo sofreu muito. E eu fiz muitas úlceras. E o meu intestino delgado também tem feridas. Portanto aquela dor toda que eu tinha ninguém acreditava porque não via. E agora com a pessoa ir ao médico e ele mandar-me caminhar dava vontade de desaparecer ou então? E depois perceberam quando eu engoli uma capsulazinha que tinha as feridas e foi muito importante. Aquilo tirava fotografias e aí viram

JAB: Tem uma espécie de colite?

ML: É pior! Vou começar um novo tratamento mas não aqui! Ela (???) mesmo aconselhou-me a procurar outro médico

JAB: Neste processo de psicoterapia reduz-lhe a ansiedade e as crises associadas??

ML: É, É! O nr. de crises baixou.

JAB: Pode-se dizer que a dor está lá mas deixou de dominar a sua vida?

ML: Sim, sim, é verdade (16:00).

JAB: Portanto referiu a relação com a sua tia, depois com o pai do seu filho, depois generalizou a outras pessoas e falou até dos medos, mais uma aversão a falar com outros e a sair da sua concha!

ML_: Mas o Dr. Isso é quando estou com aquela crise. Porque uma pessoa está com vômitos e a dor é tanta que uma pessoa fica completamente, como se diz, a casa parece que fica com uma nevoa e só estou eu ali. É um sofrimento, é uma coisa nem quero falar com ninguém. Nem com o meu filho nem com a minha tia. Eles por acaso ficam tão aflitos. Oh mãe mas o que posso fazer por ti? Vou-te levar para o hospital! Eles põem-te com soro e passa mais!

Mas eu não quero. Estou farta de hospital. Não esta consulta aqui ou outra. Agora internamento, não! Desde 2000 já perdi a conta! E eu era saudável. Tinha uma vida como toda a gente. Só fiz uma cesariana e uma operação às amígdalas. Mais nada! Funcionava bem, trabalhava muito mas cansava-me porque era assim pró magra.

JAB: Está de baixa ou já reformada???

ML: De baixa! Eu praticamente estou deitada! Eu levanto-me, vou à casa de banho, faço a higiene e deito-me! Fora de questão??? Depois visto-me, faço a comida, que gosto de cozinhar e deito-me. E venho só às consultas! Há por aí muitas. Tenho 1 médico que me quer fazer 1 biopsia à pele porque faço muitos hematomas e tenho a outra do sangue (que tenho faltado) tenho 1 anemia ferropénica, porque me falta ferro ao sangue, porque não faço a absorção do ferro nem de medicamentos, nem da comida e tenho uma certa dificuldade depois em me mexer. Canso-me muito! E dores nas pernas! A Anemia causa-me assim um estado de apatia, sem força para nada e menos vontade de comer. Por exemplo o corredor da minha casa duplica em comprimento. Já vivi num palacete. Açi na Rua de S. Bento. Foi uma época muito gratificante.

JAB Nesse processo da Dr.^a C. que outras coisas...

ML: Foi-me dando força para ir, objetivos, ir às consultas, ia estando cada vez melhor...

JAB: Foi-lhe ajudando a descobrir objetivos para a sua vida e um interesse ..

ML: Interesse em viver. Embora não quisesse morrer mas estava apagada. Não sabia como é que havia de fazer ...

JAB: Mas como é que era?

ML: Fazia-me pensar! Falamos dum assunto como agora e de repente pergunta-me **como é que eu achava que resolvia a situação. Às vezes não sei mesmo, outras vezes surge, dá o click** e aparece, eu digo, parece que fazia assim, assim e ela ou melhor assado. É impressionante ela.

JAB: Quando diz que dá um click?

ML: Eu não sei como é que é! Só sei que de repente aparece uma solução! É isso e mais interesse para continuar. E acredito que vou conseguir. Por exemplo, o **Prof. Tem-me dado umas banhadas – desculpe a expressão-, ele diz que não há maneira de me tratar e a Dr.^a C. teve imensa importância aí. Disse-me – isso tem tratamento, faz favor de ir a outro médico. E eu fui!** E graças a Deus há. Assim que eu estiver a tomar os medicamentos e estiver mais normal. Sim porque estou longe de estar uma pessoa normal uma pessoa que nem consegue ir À farmácia comprar os próprios medicamentos não está a ai a ver o nome da medicação que disse que ia fazer. Biológico qualquer coisa. São caríssimos e por isso os hospitais não fazem.

JAB: Já a gora 1 pergunta esses processos de mudança que referiu, acha que teriam acontecido sem o apoio da psicoterapia.

ML: Não! A minha vida seria muito pior.!

JAB: Estava à espera que houvesse este processo?

ML: Sabia que havia! Fui eu que pedi para vir para a consulta da dor!

JAB: E dentro da consulta pediu para vir para a Psicoterapia?

ML: Sim pedi! Foi a médica que me disse que sim

JAB: Mas estava à espera que acontecesse na Psicoterapia o que aconteceu?

ML: Eu já tinha feito psicoterapia. Quando o meu filho nasceu com o pé boto, ele nasceu aqui na maternidade de Sta. Maria, e depois fui internada, 1 ano depois, com o Dr. C.G. e Dr. ?? (Psiquiatras) e trataram de mim.

JAB: Mas quando vem para aqui já tem ideia do que se ia passar!

ML: Agora sim! Há 20 e tal anos atrás não, não fazia ideia.

JAB: Mas estava à espera que estes processos acontecessem?

ML: Nem esperava nada. Esperava ajuda, sem nada em concreto! Nas primeiras consultas foi muito doloroso!

JAB: Então conte lá

ML: Eu nem sei contar. Só sei que saía daqui toda a tremer e a chorar baba e ranho de todo o tamanho. Outras vezes chorava aqui, chorava, chorava, mas vinha sempre cá! Uma vez, -Eu tenho que beber água e engasgo-me muito desde que fui operada à garganta- mas estava tão nervosa a contar não sei o quê, do engasgo é que não me esqueci, que ela fez aquelas manobras para me ajudar. Só sei que quando saí daqui estava toda vermelha e um bocadinho para o nervoso. Mas ela foi impecável. Lá para o sítio onde a água entrou, uma entrou e outra saiu, e depois, olhe, foi assim uma salvadora!

JAB: Mas as primeiras sessões disse que saiu muito triste e

ML: Triste e nervosa, difícil falar em situações muito complicadas.

JAB: Mas começou a recordar e a reviver situações verdadeiramente dolorosas?

ML: Sim as mais dolorosas eram mais difíceis de contar. Ia para casa e dizia: não volto. Porque a 1ª fase dói muito. É isso.

JAB: E porque voltou?

ML: Voltava sempre. Queria era ter aquilo tudo arrumado nas gavetinhas certas.

JAB: Percebeu que aquilo lhe podia ajudar a arrumar?

ML: Ah sim eu sentia como já tinha sentido lá em baixo com o Gr. CG.

JAB: Isto é que estas recordações nos podem fazer tristes ou chorar num momento, mas que são importantes

ML: Importantes, eu não acho. Fazem parte. Pomos as gavetas arrumadinhas.

JAB: E ao tê-las arrumadinhas podemos viver melhor.

ML: Às vezes nem nos lembramos que elas estão lá. É essa a ideia. Mas eu tenho tantas. Uma vez li um livro da Pearl Buck: “Há sempre um amanhã”. O livro não tinha nada de construtivo. Era uma senhora que teve tanta desgraça, tanta desgraça, que acho que já superei isso. Tive mais que ela. Porque a minha vida tem sido tão terrível que acho que a outra que li no livro

JAB ehehehe Há ainda alguns aspetos que gostava de levantar com a Dr.ª C.?

ML: Há! Eu sou uma pessoa muito traumatizada. E a Dr.ª uma vez disse uma frase que eu fiquei assim que eu chorava por dentro e não chorava normalmente. Porque eu acho que tinha que defender o meu filho, a minha casa, a mim. Eu vivia sozinha numa vivenda quase ao pé de Caneças. E eu não podia dar ao luxo de dizer: ai, estou tão triste!

JAB: Chora por dentro porque não pode chorar por fora.

ML: Por isso é que talvez os meus órgãos tenham ficado um bocadinho magoados. Psicologicamente tive tantos problemas... é provável! (31:03) Não consigo provar.

JAB: Há dias ouvi uma Prof.ª daqui de Sta . Maria, que dizia que “a dor era um grito do corpo”. Dum corpo desesperado. A dor é o grito dum corpo desesperado!

ML: E cansado porque a dor cansa e muito. Quando é uma dor muito forte. Além disso tenho Fibromialgia também, tenho aqui o Trigêmeo não me larga de dor aqui

JAB: Do lado esquerdo?

ML: sim chego a ter o ombro inchado. É muito difícil nesses dias. Já cheguei a ir ter com a minha medica. Parece que não tenho mas tenho uma medica, ela era dentista e ??? e dava-me injeções aqui a trás para a dor passar. E passava na altura

JAB: Quem a segue na dor?

ML: Agora com este processo de mudança (*na Unidade*) ainda não tenho medico. Eu conhecia a antiga responsável quando estava internada e foi ela que me mandou para a Dr.ª C.. A Dr.ª que foi embora era um bocado dura, não que eu tenho razão de queixa. As pessoas que têm tanto sofrimento, temos que ter proteção, não é. Todos os médicos e psicólogos que trabalham com sofrimento têm mais sensibilidade para o sofrimento dos pacientes. Claro que há pessoas que nos tocam mais!

JAB: Claro que toca, toca. Mas as pessoas têm de encontrar forma de se proteger!

ML: Sim e ter um psicólogo também! Eu tenho uma amiga que é da idade do meu filho que é filha duma amiga minha desde sempre, que já é psicóloga também e tem psicólogo. Eu achava graça porque via ela arrumar aí as cabecinhas das pessoas mas precisa para ela. Eu uma vez cheguei aqui, a Dr.ª C. foi impecável, nunca disse que estava cansada. Mas algumas vezes a gente nota que a pessoa está assim pfffff, mas está com uma força. Um dia vi que mesmo cansada ela consegue dar força a outras pessoas. Eu admiro-a muito, sinceramente.
JAB: Também eu, tive imensa sorte neste meu estágio!

ML: Eu estava muito ligada Fui tratada muito lá em baixo (*Psiquiatria*) por causa da Anorexia, e muito ligada ao Dr. C.G. e quando vim para aqui pensei, isto vai ser difícil. Porque eu já tinha tido alta com ele, mas ele era assim para mim o meu herói. Pôs-me a funcionar. E nessa altura quando vim para aqui estava pior do que estou agora. Depois falei com ele e ele era assim: porque não me procurou a mim? Porque não fui eu que disse que tinha de ter 1 psicóloga ou não! Mas vim de espirito aberto e deu resultado. Fui-me habituando. É diferente. Em geral tenho mais problemas cm senhoras que com homens! Não sei.....

JAB: se bem que haja sempre a tentativa que o psicólogo em função não tenha sexo, mas claro

ML: Claro. Mas um homem para mim representa mais o pai, a parte assim paterna das minhas afeições. As minhas mulheres tiveram sempre um aspeto problemático.

JAB: Pelo menos do que me contou da sua tia...

ML: Essa é um caso desesperado. Acho que só tínhamos harmonia em casa se tivéssemos os 3 psicoterapia. Eu já lhe perguntei se queria. "Eu não sou maluca" diz ela! Tu é que és! Uma vez veio aqui comigo, eu não conseguia andar naquela altura por causa das dores e estávamos ali sentadas, eu vim para aqui e ela ficou ali a falar com um senhor que também vinha para aqui. Depois fomos lanchar e diz ela assim: aquele pobre daquele homem está doente por causa da mulher que tem em casa! E eu disse assim: foi muito bom teres ido

comigo ao hospital! Pensa bem, a pobre da tua sobrinha não tivesse menos chatices não fica muito mais liberta! Não estou a entender! E ela é inteligente. Ela entende todinho! Fez-se de desentendida. É inteligente e trabalhadora. E disse-lhe, se ela não fosse tão má, vivíamos os 3 muito bem! Mas ela é assim: terrível. Às vezes fico tão zangada com ela, que nem espero chegar aqui à sala e digo à Dr.ª C. “não tem 1 tia para a troca?” E ela ?????

JAB: Muito bem, mas há alguma coisa que neste contexto que queira acrescentar? Estamos a chegar ao fim da nossa entrevista!

ML: Acho que disse tudo. Eu posso é não estar muita alerta por causa da medicação! Pareço aquela Sr.ª do governo ou deputada que disse assim: “eu estou um bocado drogada” é nesse aspeto. Hoje estou um bocadinho assim. Tomei um pouco mais de analgésicos que o normal. É um desgaste muito grande! A medicação que fiz para os vómitos e dizia que tinha que ficar quietinha porque faz dormir. E não dormia porque as minhas dores são tão grandes, todas as articulações doem-me, mas doem-me muito! Nem é uma coisa assim que uma pessoa diga, é uma dorzinha! Eu já não sei o que é não ter dores!

JAB: Quando vai começar o tratamento biológica?

ML: É no Hospital EM. É no Hospital mesmo, Dra. PP. Há esse tratamento e há outros. Mas eu não conhecia a médica, conhecia à relativamente pouco tempo. Foi a Dr.ª C. que disse, procure, veja pessoas que têm a mesma doença e ???

JAB: Pois vai experimentar uma coisa nova. As 2 coisas juntas: a psicoterapia e fazer 1 tratamento eficaz deve ser muito bom.

ML: Sim porque a cabeça, por muito boa que a Dr.ª C. seja e eu tento melhorar, mas não brilha nada porque eu tenho varias recaída!

JAB: Faz tratamentos para o Trigemémo?

ML: Mas há? Eu fiz 1 operação particular porque não estava para esperar e melhorou um pouquinho

JAB: Não perdeu sensibilidade?

ML: Sim um pouquinho!

JAB: Pois o Trigemémo é uma dor muito violenta. Conheci bem uma pessoa que padecia disso!

JAB : Pois sim senhor. A gravação vai mesmo terminar!

P3: MOM

JAB: Que medicação está a tomar?

MO: Este é o diário que tomo. O meu marido fez o favor de escrever. Isto é o que tomo todos os dias. Por vezes vem qq coisa mais complicada e tomo um suplementezito.

JAB: Fico com esta nota!

JAB: Como se descreveria como pessoa

MO: Acho que como uma pessoa um bocadinho falhada. Sem coragem, sem animo

JAB: Mas é um estado de espirito que já dura há algum tempo....

MO: Desde que vim para a Dr.^a C. não tem nada que ver! Vamos lá Dr. Desde há 30 anos sou seguida em Psiquiatria! Tive 2 ou 3 colegas excelentes. Tive uma em que não nos entendíamos, que se aposentou. Mas era pessoa com quem não tínhamos 1 dialogo, uma conversa. E eu precisava muito. Eu não estava habituada. Eu quando vim a 1^a vez para a Psiquiatria, eu não andava sozinha, eu não falava, o meu marido levava-me à casa de banho, e ele tinha que me ajudar que eu nem sequer conseguia descarregar o autoclismo.

JAB: Há quanto tempo está com a Dr.^a C.?

MO: Eu não sei mas há uns 4 ... 5 anos.

JAB: Mas continua ou já terminou

MO: Continuo. A próxima é dia 27. Foi todas as semanas mas agora é muito mais espaçado

JAB: Mas vem todas as semanas ou vem mais espaçada?

MO: Mais espaçada. Qd vim para a consulta da dor, foi quando me faleceu um filho a Dr.^a I. achava que me faltava mais qq coisa. E aí mandou-me para a Dr.^a C. Abençoada hora porque fez de mim outra pessoa. Diz que não, eu ajudei que ela não faz milagres e eu compreendo. Mas eu não conseguia fazer o luto do meu filho. Eu tinha que ir todos os dias ao cemitério, nem que fosse à noite. As coisas começaram a melhorar se estiver 2 ou 3 dias de lá ir aguento mas aquela necessidade de ir que eu tinha aquela angustia já não tenho!

JAB: Duma forma geral como é que as pessoas a vêem?

MO: Dizem que sou uma grande mulher, uma grande mãe e uma grande esposa. Porque eu ainda por cima tenho 1 irmã comigo que neste momento vai fazer 63 anos. É uma deficiente mental. Já tirou um tumor da hipófise aqui em Sta. Maria, em VFX tirou mais de metade do

intestino, tumores, e vive comigo há 19 anos. A minha mãe antes de falecer pediu-me se ficava com ela, os meus irmãos (5:28) ???? à minha mãe eu não consegui dizer que não. Nessa altura a senhora que me atendia em Psiquiatria dizia, que eu não tinha saúde para suportar a minha irmã. É uma criança! Dou banho, faço a higiene, todas as coisas eu faço. E toda a gente diz que sou uma grande mulher. O Dr. B. , não sei se conhece, em Neurologia, os 2 irmãos gêmeos, não desfazendo, são uma joia, mas a minha irmã tem tido uma boa enfermeira, acho que sim, que tenho sido, tenho um marido ótimo que ele diz que é a nossa filha mais velha e sem o meu marido eu não conseguia! Que eu me sinto fraca e vou-me a baixo com qualquer coisa. Só com este problema das costas fiquei a tremer dos nervos. Eu saio e parece que tenho medo de andar. Na 2ª. F. eu ia com tanto medo para casa que eu a meio caminho, ia no comboio liguei para o meu marido. Ele estava na Azambuja à minha espera porque eu não estou bem! Mas toda a gente diz que sou uma boa pessoa por ter conseguido ultrapassar, entre aspas, a morte do meu filho. É doloroso. Não sei se o Dr. Tem filhos ou se não tem, mas pense um bocadinho! Ainda hoje a imagem que tenho do meu filho é dentro de um caixão. Não consegui tirar isto da cabeça

JAB: Olhe deixe-me tocar noutro assunto. Mas olhe tenho filhos e sei mais do que imagina. Mas houve na sua relação com a Dr.ª C. alguma coisa que tivesse modificado ou que tivesse mudado em si?

MO: Olhe mudei muito! A minha dor mudou muito!

JAB: Mas a dor física ou emocional?

MO: Acho que toda! A Dr.ª deu-me muita força!

JAB: Mas o que chama é dar força?

MO: As palavras dela . Ajudou-me a ver as coisas doutra maneira. A encarar e a encaixar as coisas dentro de mim e que eu achava que não era possível!

JAB: Começou a dar sentido às coisas? Foi isso?

MO: Exatamente foi entendendo a causa de muitas coisas e aceitando. A relação com o meu marido não é que fosse má, mas não tínhamos dialogo,. Escondiamo-nos um do outro e evitávamos um do outro falar de certa e determinadas coisas. Hoje não! Procuramos 1 ao outro e até parece que estamos a viver um namoro. De manhã quando acordamos, à noite não tanto porque me deito mais cedo e ele fica a ver TV até tarde. Mas de manhã acordamos e quando estamos ali um bocadinho, agora foi um filho para Angola ???? porque somos todos uma família muito agarrada. E portanto a minha relação com o meu marido até nisso a Dr.ª C. ajudou.

JAB: Mas diga-me 1 coisa, quando tinha mais dificuldade em comunicar com o seu marido atribuía isso a quê?

MO: À dor que eu sentia. Era tão grande que o queria poupar à minha dor! Cada um ia para seu canto. E o meu marido metia-se na oficina às escondidas. Chorava ali e desabafava. Eu fugia para o cemitério que é perto. Fica ali numa mata, num pinhal e eu ia com essa minha irmã e eu gritava e chorava. Depois chegava a casa com os olhos sequinhos. (10:29)

JAB: E depois o que a levou a perceber que ele também sofria?

MO: Exactamente. Percebia que le sofria mas queria que ele sofresse e compartilhasse comigo um com o outro, o nosso sofrimento, a nossa dor. E isto foi acontecendo.

JAB: Mas nas conversas com a DR.^a C. o que a levou a dar esse passo?

MO: Ele sofria muito. Tinha o meu filho que o fazia sofrer, eu fazia sofrer. Tinha o meu neto que precisava de mim. Tinha a minha irmã que dependia de mim. E uma altura disse, **tenho que seguir com esta terapia em frente por que tenho muita gente a depender de mim.** E tenho que ter força para ir em frente. Embora tenha os meus períodos mais complicados de precisar de chorara e desabafar.

JAB: Mas quando se deu conta de tudo isso, como foi com o seu marido?

MO: Foi a pouco e pouco, comecei a falar aos bocadinhos. E isso fez-me sentir bem até porque senti que ele gostava e aceitava esta minha abertura. Tem sido muito, muitotenho dito à Dr.^a C. que foi um deus que me apareceu, porque senão não teria sido possível.

JAB: Mas houve algum momento concreto em que tenha entendido que tinha que mudar de atitude?

MO: Foi aparecendo. Ia para casa e ia pensando, tenho que ter força, tenho que ter coragem, tenho que me abrir com o meu marido, temos que ter dialogo, temos que conversar.

JAB: portanto a sra. nunca esteve litigiada com o seu marido. Nunca houve um corte de relações?

MO: Não ele teve maior compreensão. Eu sou muito reservada. A maioria das vezes ele é que facilitava as coisas coisas. Eu tive que me obrigar e dar is 1^{os} passos.

JAB: Que outros factores de mudança houve devido à psicoterapia.

MO: Houve no aspecto das relações sexuais. Eu achava que era um assunto que ... morreu ali! No dia em que o meu filho faleceu! E o meu marido chegava a dizer-me – tu achas que porque o nosso filho faleceu é pecado. Temos que fazer amor. Eu achava que não tinha o direito, mas também achava que não tinha o direito de fazer o meu marido infeliz. E depois isto em conversa com a Dr.^a C. fui vendo as coisas, pronto o meu marido 100% compreensivo, mas chegou a uma altura que eu não podia afastar mais o meu marido. E essa

parte foi também um bocadinho difícil mas consegui lá chegar! Porque eu achava que não devia. Que não teria direito.

JAB: Achava que não tinha o direito depois do falecimento do seu filho?

MO: Sim era isso. Estava como que a trair o meu filho!

JAB: E relativamente às suas dores?

MO: Pronto eu já fui operada à coluna, fez agora 1 ano! O medico que me operou eu ia muito queixosa disse-me : só operei a parte que estava mesmo mal. Mal, porque o nervo ciático estava-me a atrofiar a medula. Eu tive um espaço muito curto se queria ou não ser operada. A Sr^a., não sendo operada fica numa cadeira de rodas. Pronto avancei. Engraçado que is começou na perna direita e a perna afetada foia esquerda. Nos 1^{os} 15 dias fiquei muito afetada porque deixei de andar após a operação, foi mesmo muito complicado, mas agora o meu medico de família diz que os meus nervos ficaram muito afetados e para ir ter com ele porque talvez necessite de uma infiltração e talvez resulte. Aconselhou-me a fazer termas, apanhar muito sol na praia, e pronto.

JAB: Mas era seguida aqui pela Dr^a T.?

MO: Não, era pela Dr.^a D. . Ela já se foi embora, reformou-se.

JAB: Mas que a tem seguido aqui na dor?

MO: Ninguém! Eu depois arranjei um neurologista no Hosp. Da Luz, e é por lá que terei de marcar novamente uma consulta.

JAB: Mas agora quando compara as dores hoje com as que tinha sim, houve uma cirurgia, entretanto

MO: Pois não tem nada a ver!

JAB: O seu bem estar psíquico pode ter influenciado as suas sensações de dor? Ou acha que tem alguma coisa que ver

MO: Eu acho que não. Isto é genético e acho que não!

JAB: Houve situações neste processo com a Dr^a. C. houve momentos difíceis ou com grande angustia?

MO: Eu era uma menina muito alegre e muito divertida. Eu adorava os bailaricos. Hoje eu olho e quando vejo alguém, as minhas amigas que riem e se divertem, Eu continuo a fazer é ir à piscina. Mas elas continuam a ir ao ginásio disto e daquilo, e não sou capaz de fazer aquilo tudo. E acho que já não vou conseguir.

JAB: Muitas vezes há processos em que se tem de ir mais longe, fazes mas anteriores da vida. E nesse processo, houve momentos dolorosos,

MO: Houve!

JAB: Mas como os sentiu? Sentiu que estava acompanhada?

MO: Estava acompanhada pelo meu marido é a minha bengala e me acompanho. Embora a MO por vezes se esconda no quarto e ali ponho a minha cabecinha na almofada e ali mas não tem nada a ver com o que eu era! Absolutamente nada! Até deixei de ir ao café! Mas vou lá fazer o quê? Para toda a gente olhar para mim como se fosse uma coitadinha? Se quiser um descafeinado tiro na máquina. Mas não vou! Nunca mais fui ao café

JAB: Mas acha que esse é um assunto a resolver?

MO: Acho que não me faz falta. Sinto-me melhor no meu canto! Ou receber uma amiga que vá lá a casa. Tenho uma roulotte no parque de S. Martinho do Porto, adoro ir para lá. Este fim de semana vou. (24:15) e na outra semana vou lá ??????. Sem haver confusão a paz de espírito que eu tenho e que eu sinto, às vezes a ver o mar e a baía, todo aquele silencio, é uma nostalgia, um bem estar que eu sinto...

JAB: Mas uma nostalgia?

MO: Uma nostalgia que me faz sentir bem, não é de tristeza. Faz-me sentir bem, à noite o chilrear dos passarinhos, porque não há movimento muito grande, não há confusão, só nos fins de semana, as pessoas que estão lá debaixo do meu toldo, É aquela nostalgia que sinto que me faz bem, dá-me aquela paz de espírito.

JAB: É uma especie de carregar baterias. Sempre teve essa defesa?

MO: Sempre agora mais, mas gosto de estar sozinha.

JAB: O que pensa e sente fala com a Dr.ª C. E para si faz-lhe sentido mesmo!

MO: Sim, faz sentido, faz!

JAB: Esses processos de mudança que referiu, há mais algum que tenha vivido ou possa identificar?

MO: No vestir ?????? e levava uma blusa preto e branco e o meu marido disse: por favor uma blusa preto e branco, o nosso filho morreu quase há 10 anos! E acho que ele tem toda a razão, mas não consigo. Até tinha um camiseiro e está no roupeiro (?????) precisamente como ele me o ofereceu, precisamente! Não consigo vesti-lo! E há uma das coisas que ele dizia: quando eu morrer não quero que ninguém ponha luto por mim! A mulher pôs. A minha nora pôs. Eu vestia nunca pus.

JAB: O seu filho morreu como?

MO: Com um cancro de fígado. Apareceu em Janeiro e em Outubro faleceu. É assim

JAB: É assim mas sente-se uma mulher diferente que avançou e tem alguém a quem recorrer! Saber a temos de recorrer e o que temos que fazer para minimizar os nossos sofrimentos. Acaba nalgumas coisas dpor ser um sofrimento um pouco inútil porque não conduz a nada talvez um pouco pelo contrario.

MO: É, sem dúvida nenhuma! Nada. Nem a casa. Deixei de ir ao cabeleireiro, deixei de arranjar as mãos, nem os pés arranjava que gosto de os ter arranjado. A morte do meu filho trouxe-me tudo à cabeça que era tudo pecado tudo o que me dava alguma satisfação. O meu filho morreu e como vou arranjar as mãos ou o cabelo. Foi muito complicado.

JAB: Ter caído num fosso tão fundo e ter saído dele.

JAB: Acha que neste processo psicoterapêutico está a faltar alguma coisa ou aspecto. Alguma coisa que se iniba de tocar?

MO: Não! Eu jamais era capaz de falar com alguém sobre o problema da sexualidade! Jamais seria capaz! Para mim era um bicho de 7 cabeças, era um tabu! Eu chegar lá (aqui) veja lá o que mudou! Então até com a Dr.ª C. eu tinha necessidade. E agora que o meu filho ia para Angola eu estava desejosa de falar com ela. Eu estava desejosa de falar com ela. Eu até tinha a consulta marcada mas foi desmarcada por qualquer motivo

JAB: Foi numa 2ª feira?

MO: Foi!

JAB: Ah! Foi no dia em que ela teve uma infeção e por precaução andámos aí todos de máscara.

MO: E eu estava desejosa e andava ansiosa do telefonema a dizer MO vem! Precisava de desabafar porque havia de calhar ao meu filho esta ida. Era para ir para Nova Lisboa e vai para Benguela e deve ir depois para Nova Lisboa. Nos 1ºs dias correu nada correu como ele tinha planeado: era para ir para N. Lisboa e foi para Benguela. À chegada não foi nada do que estava planeado. Mas a empresa dele tem trabalho para mais 10 anos! Ele diz que vai lá levar o pai

JAB: E a mãe!

MO: Não sei, não sei! Mas também se verá! Ele então falou com o engenheiro e pôs-lhe o contracto e disse, ou cumprem o contracto ou põem-me em Luanda e vou para Lisboa para o tribunal de trabalho. Ele diz que o Eng. Foi 5 estrelas! M. não se preocupe que vamos fazer tudo como deve ser. E assim foi. Ele também chefia uma equipa de 50 homens. Mas quando foi chorou

JAB: Que idade ele tem?

MO: 36 anos! Aqui do aeroporto telefonou umas 4 ou 5 vezes ao pai a chorar. Ele a despedir-se da filha com 5 aninhos. E eu sei dado o valor porque o meu marido e migrou para a Suíça e deixou-me com o filho com 3 anos e meio! É muito difícil!

JAB: Pois muito bem. Gostei muito de falar consigo. Há mais alguma coisa neste contexto que me queira dizer?

MO: Acho que não, neste contexto não me parece.

JAB: Quero agradecer-lhe ter-se disponibilizado e sobretudo a conversa que tivemos aqui!

P5: MGM

JAB: Muito boa tarde e desde já muito obrigado pela sua disponibilidade. Que medicação está a tomar?

MG: Nada absolutamente nada!

JAB: Como se descreveria como pessoa, agora

MG: Agora, agora, estou de bem com a vida, gosto de mim e ponho-me agora em 1º lugar!

JAB: Está de bem com a vida. Mas não estava anteriormente. Então que mudanças ocorreram?

MG: Muitas, antes da Dr.ª C. (01:30) eu tive psicologia por causa do braço. Isto tudo começou com 1 acidente de trabalho. A vida não era fácil antes do braço e depois do braço ficou uma tremenda confusão. Estava sempre em casa e o lá meu parceiro era oh! Deus me acuda e eu fui pedir para regressar ao trabalho. Sempre precisei de trabalhar! Então queria alta. O meu medico que conhecia há muito tempo dizia vc está de baixa e quer ir trabalhar porquê? Eu comecei a chorar e disse ao Dr. é por causa meu apêndice. Tudo bem mas então vai à psicologia. Lá fui eu. Mas fui trabalhar que era o que eu queria! A psicóloga fez-me ver aquilo que eu não queria ver. No fundo ela é que me abriu a pestana. Fala assim pelos filhos, tenho 2, e por tudo acomodei-me à situação. E se ele abria a boca comigo . eu vou para arua e vou fazer o quê? Eram 25 anos quase! Está a ver: abriu a pestana. Estes 4 anos de vida foi aborrecido, porque eu não gosto de estar em casa. Agora já gosto um bocadinho, estou sozinha, e ninguém está ki-ki-ki, ora faz assim ou faz assado, está a ver, . Prontos também os meus filhos, aquilo deve ser genético, têm lá enxertos do outro, que são um bocadinho duros comigo, mas eu tenho estado a aprender os meus pontos de vista, oiça a conversa com a Dr.ª C. tem-me estado a abrir a pestana que eu sou gente também! E eu sofria muito por antecipação. Antes de ser operada, ai, não posso ser operada, comecei uma vida nova. Casa a mobilar, era eu sozinha, e depois quando fui ser proposta para a cirurgia, ai Dr. não posso porque tenho os períodos, e muitas obrigações eram mais importantes que eu. O meu papel nesta cena todo: souaquela gaja que tem de trabalhar e pagar as despesas daquela casa e ponto final. Porque os meus filhos, desculpa a expressão, mamam e cada um faz a sua vidinha e estão-se marimbando, então eu sou o quê no meio disto tudo?

JAB: Houve uma mudança

MG: Começar a valorizar-me. Até tenho dito à dr.ª C. estou a ficar egoísta e vaidosa. Só para ver, fui operada em Nov., eu até Nov. eu tinha a preocupação coitadinhos eles precisam disto e daquilo, eh pá um tem 27 anos e a outra tem 20. Eles dizem que são muito independentes mas comem lá em casa. Os meus filhos são muito independentes. Tinha muitas questões com eles porque eles 1º as compras da casa, eh pá, o mês passado ganhei 400€ viu-me triste. No mês de Fev ganhei 490€ eu não tenho andar preocupada de falta, tem

que haver para as despesas fixas o resto. Ainda aqui estou, nunca andei tão bem na vida como ando agora, ando feliz mesmo que esteja sequinha como um carapau.

JAB: Portanto se bem entendo, dá-se a importância devida e não põem tudo à sua frente.

MG: Eh pá espera aí, ninguém me dá o devido valor? Nã! Então esta consulta tem-me aberto a pestana com a Dr.^a C. sabe, eh pá , não pode ser só coitados. Coitados o quê, eles não querem saber, eles não se preocupam! Porque me tenho que preocupar com eles?

JAB: Percebo muito bem. Esse processo houve alguma sessão que fosse marcante para si?

MG: Ah isso ao principio foi o cabo dos trabalhos! Era uma choradeira, chorava. Saía daqui parecia que me tinham batido. Uma vergonha! Mas agora já não!

JAB: Quando começou a deixar de chorar e a entender que havia qq coisa que tinha que mudar?

MG: Isto começou tudo do braço e vir para a dor cronica. Eu disse: eh pá eu tenho que fazer qq coisa porque afinal de contas isto é um acidente de serviço e eu não posso negar que não quero, e tem-me feito muito bem

JAB: Eu estava a perguntar se durante a terapia tinha havido um processo que tenha-a feito começar a pensar...

MG: É assim, que também sou gente quase sempre falamos disso. Do género contar o que se passou. O que eles me dizem, os meus filhos. A maneira como reajo. Antigamente calava e chorava. Mas não eu não tenjo que me calar, sou igual a eles, sou eu que os sustento, e eles não vêm assim. Eles tiveram uma vida a ver o outro a tratar-me mal e eu a calar. Eles próprio dizem, isto é genético!

JAB: Hum.....

MG: São uns...têm a língua muito afiada para mim. Mas um supor, a minha filha é do género de me magoar e tal e qual os tiques do pai, mas não é capaz de reconhecer que me magoou. Andamos zangadas andamos zangadas uma data de tempo, uma temporada. Agora sou assim: ela magoou-me, eu tenho razão, eu não tenho que lhe falar! É o bom dia boa tarde e acabou! Ficamos por aí! O meu filho já é diferente: o meu filho magoa, vai à vidinha dele e quando chega já mete conversa. Ola !!! tudo bem contigo, velha! Tá a ver, é diferente! Eles saiem mesmo ao paizinho. Ainda há dias tivemos 1 conversas e fiquei toda contente. Ainda bem que às vezes notam que são brutos mesmo! Faz-me lembrar o tempo que vivia la com o outro senhor, do nada que se se me virava de costas apanhava, se eu não dissesse nada e seguisse para a minha vidinha já estava a comer. Elas vinham sem eu saber porque, percebe! Claro que eles não fazem isso, também era melhor. Tenho tido assim umas lutas renhidas com os fulanos, porque os fulanos aqui há tempos, ah porque tu só saíste lá de cima por causa de nós? Sim também! Então vai viver com ele que a gente fica aqui. Eh pá quando eles

me disseram isso: eh pá vai tu que a casa é minha! Quem sustenta isto? Quem paga a renda, és tu? Vocês podem ir andando! Estou a dizer que a casa é minha, quem quiser fica aqui como eu quero, quem achar que está mal, muda-se! Fiz mais por vocês que o vosso pai. Já são adultos, Não são todos independentes? Então, meus filhos...! Antigamente chorava, ficava triste. Agora não! Até saio, tenho um grupo de amigos, saímos à noite: divertir-me. Não sou escrava daquilo, nem tenho que ser! Já muito para eles. Ninguém se preocupa. O meu filho tem um ordenado e ganha mais que eu. Não dá um cêntimo para a casa!

JAB: Foi para a consulta porque foi operada e tinha dores no braço! A questão das dores como é que evoluiu?

MG: Eu tenho dores.... Antigamente fui operada ao cotovelo e tinha dores mesmo quando fazia esforços mesmo depois do tal acidente! Vamos lá, isto é um acidente de trabalho. Se eu dissesse que não queria ser operada o que me acontecia? Eu não tinha opção porque eu estava a negar o tratamento! Mas já sabia pelo outro ortopedista do Curry Cabral, que eu fui primeiro para o CC, ele disse não deixe ser operada que não vai correr bem! Mas encostaram-me à parede: vai ser operada!

JAB: Mas agora em termos de dor, como é que

MG: Doí-me. Doí-me! Sabe

JAB: Mas não tonma nada

MG: Não! Não entra aqui nada para as dores! É assimtenho que viver com ela, sempre me disseram. É uma dor crónica, vai aprender a viver com ela o resto da vida! E cá está. É minha. Há dias! Se calhar quando me enervo mais, dói mais, há outros dias em que isto dói, mas não há nada fazer, uns alongamentos. Eu tenho que viver com ela e não é mais importante que eu!

JAB: O problema da dor também foi abordado nas psicoterapias?

MG: sim, sim! Quando me dói também..... mas comecei a pensar, eh pá espera aí (12:27) atão só porque me dói, ai, ai, ainda dói mais. Ela está aqui! Isto, fui aprendendo aqui. Foi o que eu disse fui operada à barriga! Ai a minha chefe (13:30) Deus queira que voce não tenha nenhum tumor. Eh pá, foi o que eu disse à minha tia que tirou 2 peitos aqui: ai agora o que é que eu faço que tenho um cancro! Ouve lá, tu já vives com ele há quantos anos? E agora que soubeste que tens um cancro, vais deixar de viver? Oh mulher, cura-te, ela tem 76 anos! Já o tens há tanto tempo e agora que soubeste vais mudar a tua vida? E à minha chefe disse-lhe vc não tem cancro. Ela ficou chateada, olhe vou-lhe responder como disse à minha tia: se eu tiver 1 cancro ele já cá está e vive comigo à muito tempo e não vai mudar nada por eu saber que o tenho. Temos que aceitar. Eu não sabia da situação da hipertensão. Comecei com a hipertensão e depois fiz uma cintigrafia, desculpe, o meu rim direito está atrofiado, e trabalha a 11%. Não ele 1º mandou-me fazer uma ecografia e estava a faze-la e achei estranho o medico dizer, ah o rim ... mas o esquerdo trabalha bem e empacou ali: o rim

direito, mas o esquerdo trabalha bem! Sabe o que é Dr. sou canhota e a minha esquerda trabalha bem. Até brinquei. Mas aquilo ficou cá. Comentei com a minha chefe no arquivo que é enfermeira, que o esquerdo trabalha bem, deve haver qq coisa. Diz ela não se preocupe com isso, eles são uns loucos! Fui mostrar ao médico e ele disse-me: tem de tirar isso. Nesse dia chorei, porque é que tem de calhar sempre à mesma? Naquele dia chorei baba e ranho todo o dia e de repente disse: estás a ser estúpida porque carga de agua? Vives com o gajo à tanto tempo e porque o gajo está doente é que te pões a chorar. É que o cardiologista queria-o tirar. Eu disse-lh, Dr. já tenho para aí umas 10 cirurgias. Ia na 7ª ou o que é! Estava a ser operada ao braço podemos esperar um bocadinho e ir controlando! Ah então a gente vai controlando isso! E pronto vivo com o rim atrofiado mas é meu. O choque é chato: porquê a mim e logo eu mas não fico revoltada, porque deus e isto. Ele não tem culpa de nada! Não é que mudamos tudo, somos nós que temos a culpa com estas evoluções todas. Somos nós! Temos que aceitar! É o que penso!

JAB: Dentro desde processo havia alguma outra coisa ...

MG: Eu também tinha medo do futuro. Um dia de cada vez! O nosso dinheiro, ai meu deus e que me falta ,ai. Olhe fui operada à barriga, tinha 400€ ?????? pago ??? de renda agua luz e comemos. E vivemos, está tudo gordinho. Portanto não tenho que sofrer por antecipação. Eu sofria muito por antecipação, eu era assim! Eu,ai não posso gastar este dinheiro, ai depois falta o outro

JAB: Mas como deixou de sofrer por antecipação?

MG: É as conversas com a Dr.ª

JAB: Mas houve alguma em especial?

MG: As conversas fazem-me muito sentido! Quando saio fico a pensar nas conversas!

JAB: Então é isso: fica a pensar

MG: Penso, penso! Sempre! E na vez seguinte falamos do que pensei, do que se passou e como eu agi! Pronto! Se calhar até estou a ser má, mas eu acho que não, até sou boazinha, mas pronto temos assim, uma amizade muito grande e vou-lhe dizer uma coisa, como eu acho como eu sinto, se calhar estou a ser egoísta demais e Dr.ª estou a ficar muito egoísta e muito vaidosa. Eu preciso de roupa, andava com roupa remendada, eu não preciso disso, ou outros não andam lá em casa, porque é que eu tenho que andar? Sou eu que governo a casa, é assim, estes pequenos nada que para mim são muito e agora aos fins de semana, sábado á noite depois das 9h a minha amiga vai-me buscar e vamos assim beber uma cervejinha, um chá ou um café, e faz-me bem! Já não paro porque a casa está desarrumada: quero que se lixe! Porque eles também não querem saber, não deixam de fazer a vida deles para me ajudar. Nem doente eles fazem isso por mim! Quanto mais eu tenho a fazer por eles. Já muito eu faço por eles, eu acho! Sustento-os, acho-me uma boa mãe. Eles não acham que fiquem na deles! Estou de consciência tranquila, o resto...

JAB: Havia alguma coisa que quisesse ter mudado e não mudou?

MG: Isto há muitos mais anos (rir)!!!! Esta foi a minha 4ª tentativa!

JAB: Como assim?

MG: Saí 3 vezes de casa e voltei!

JAB: Sim mas só teve 2 psicoterapias: a anterior e agora esta do braço! Mas a anterior também foi por causa do braço!

MG: Sim sim, Mas a 1ª Dr.ª começou a abrir-me a pestana e a mostrar-me que o fulano não gostava de mim! E aí vi que tinha que mudar qq coisa, mas coitadinhos, os filhos e depois não vão ter os luxos que têm em casa do pai, porque a gente era casa própria. E sempre me acomodei aos maus tratos, que se calhar eu não ia conseguir. Julgava eu! Eu consigo tudo. Só não consigo é arranjar uns biscates para ter mais uns trocos que eu o que me faz falta é o dinheiro.

JAB: Mas o processo de sair foi com a Dr.ª C. ou foi antes?

MG: Foi antes! Foi entre as 2 coisas. Porque deixei de ter a outra consulta. Fui à junta medica e fui avaliada o cotovelo, deram-me uma indemnização e com essa indemnização já há 6 meses que dormia no chão, o chão era de tijoleira no quarto da miúda, acordava a meio da noite virava comodas, a mobília do quarto da miúda andava toda em pantanas que ele deitava tudo a baixo. E eu com aquele dinheiro comecei à procura de casa!

JAB: E a Dr.ª C. aparece depois quando vem para aqui para a consulta da dor!

MG: A dor e raios partam a dor e dói e dói e dói e ... já não dói que eu não quero que doa! Não admito que ela doa assim, mas esta dor sinceramente não merece a minha atenção. (23:03) percebe! Mas há alturas que fico desesperada com a dor. A minha colega é optima. A antiga era muito má

JAB: E como conseguiu mudar de serviço?

MG: Foi assim quando tive este acidente la no arquivo do Pulido Valente. Aquilo é violento. Mas eu ia aguentando as dores até começar a deixar cair. Só aí fui ao médico. Fui para o Curry Cabral fazer fisioterapia que não tínhamos maquinas isto em 2006. Daí fui para o Pulido o médico entendeu que devia ia para casa. O medico entendia que devia mudar de serviço e fez a carta. Mas na Central de Consultas havia uma vaga. Até que fui chamada para a Administradora para ir atender para depois mandar os doentes para os colegas. E até foi bom sair do arquivo que tinha colegas mesmo maus e acho que não tinham educação. E agora gosto daquilo que faço. Tive uns colegas que me ensinaram e agora faço as reservas no computador e faço as reservas como eles. Agora é uma maravilha. Faço cento e tal marcações por dia e divirto-me e quando são coisas mais difíceis ponho a chamada em

espera e passo a uma colega que sabe mais. Estou muito satisfeita que no outro serviço eu era mal tratada por colegas mas não fazia queixas. Portanto estou muito satisfeita e nem dou pelo tempo passar

JAB: Houve obstáculos ou algum problema difícil durante as psicoterapias

MG: Quem de dececionou foi a Dr^a da dor. Sinto que lhe devia ter respondido à letra. A Dr^a C. até me disse para falar com a Dr^a da dor! Enfim tratou-me assim de forma despeitada. E eu comecei a chorar. E aí ela mandou-me para a Psiquiatria porque está com uma grande depressão. Eu falei com a Dr^a C. e perguntou-me porque! Eu não preciso de tomar mais drogas e ficar dopada! A Dr^a C. acha que estou a melhor. Voltei a falar com a Dr^a da dor e continuei na Dr^a C. . Só que não falo mais com a Dr^a da dor. Fazia-me esperar aqui horas até porque não tenho dinheiro para comer fora da casa.

JAB: Mas ainda está nas consultas?

MG: Sim mas agora é só de 15 em 15 dias e estou muito bem assim. Já tenho tréguas (rir). Além disso não posso porque faço falta no serviço. Até já me falaram para parar e eu disse: não posso porque faz parte do processo do braço! Mas eles não entendem que a psicoterapia é um tratamento.

JAB: E houve coisas dolorosas

MG: Sim mas isso era ao princípio. Tinha aquelas choradeiras porque não queria falar disso e queria por uma pedra. Mas não foi mal voltar a lembrar e falar desses problemas passados. Mas ao principio sim, choradeira que era um disparate.

JAB: Estava à espera que acontecesse?

MG: Não, não de todo! Eu pensava que vinha aqui, fazia parte da outra consulta e daqui não vamos passar. Falo um pouco e pronto. Não estava à espera que se desse esta mudança

JAB: E alguma vez pensou que se poderia dar esta mudança?

MG: Não, não! Pensava que a minha vida era o que era e dali não ia passar. Que ia viver mais sempre da mesma forma: era a minha sina!!! Era a sina!!! Mas já vi que não há sina nenhuma (rir)

P6: SC

JAB: Muito boa tarde e desde já muito obrigado pela sua disponibilidade. O que tem sido para si a terapia e como se sente?

SC: Sou optima, digamos assim, e a terapia tem sido um método de ajuda fantástico. É como se me desse ferramentas e que eu hoje em dia estou a utilizar. Não sei se faz sentido?

JAB: Faz, claro que faz!

SC: Eu hoje em dia baseio-me antes de tomar qq atitude independentemente de a nível físico, doença operações ou outros, agarro é como se tivesse ali um saco cheio de ferramentas e penso: qual é que é a melhor para eu utilizar aqui! Ok eu vou buscar esta ou preciso aquela e consigo ultrapassar com mais facilidade e se calhar mais corretamente, a pessoa erra sempre e é bom que erre, mas sem medo, sem angustia, sem ... aprincipa coisa que a terapia me ajudou foi o não ter medo do amanhã! O meu caso é muito específico e eu vivia constantemente com medo que amanhã me aparecesse mais alguma coisa!

JAB: Em termos de patologia!

SC: Sim, sim! Porque é uma doença que aparece em vários sítios e a minha é considerada de grau 8 (há 9 graus) e portanto ter o sistema nervoso era isso que me assustava porque eu sabia que é isso que comanda, e estavam a aparecer muitas coisas muito seguidas. É como se estivesse à bocado, não tinha ????? todos os dia me aprecia qualquer coisa e com mais gravidade que a anterior e é obvio que como quero ser mãe, na altura tinha 27 anos, e pensava tenho 27 anos e quanto mais tempo eu vou aguentar? Que alterações isso vai trazer na minha vida. Tinha acabado de casar, não sabia se o meu marido ia conseguir suportar, porque isto tem a ver com a base familiar, que tipo de ajuda ele me podia dar, como é que eu ia conseguir manter a minha vida, porque sou muito ativa e independente e ... depender de outros com cheguei a depender em fases mais criticas muitas vezes faz muita confusão a nível psicológico, a pessoa já não se sente capaz, já não se sente ela própria, e aceitar a ajuda quando necessito dela, ajudar quando consigo ajudar, e não ter medo de acordar e pensar apareceu-me uma dor no olho, vou ficar cega!

JAB: E esse ritmo de aparecimentos tem-se mantido?

SC: Agora estancou! Ou seja diagnosticaram-me a doença em 2007, ela já estava há muito tempo em mim só que eu não dava conta dela porque achava que todos os sintomas eram outras coisas, coisas banais, e depois de 2007 a 2009 progrediu de forma cavalcante (?) apareceram-me primeiro do lado certo (?) depois apareceram do outro lado e a questão é que como não há muita informação eles queriam estancar as lesões para não aumentar mais. Mas conseguiram a aumentar de maneira a apanhar a visão a parte óssea, a parte gástrica, a parte hepática e a parte dermatológica. Neste momento, há coisas de 2 anos as lesões estão estancadas não me apareceram mais, não reduziram mas estancaram, a parte dermatológica desapareceu, a parte hepática está muito mais controlada, a parte da visão

relativamente às cataratas estamos a trabalhar também com a hipnose nesse sentido deixei de utilizar qq tipo de analgésicos, só tomo a medicação mínima porque pensei em ficar grávida e tiveram que baixar e nessa altura é que percebi que a terapia estava a fazer efeito: ao baixarem a medicação (05:13) eu pensava que ia reaparecer tudo outra vez e que não ia ficar bem, que o meu filho não ia passar bem, não pensei nada disso! Tinha confiança suficiente, se vierem as dores faço um trabalho de hipnose, tomamos 1 analgésico, e isto há-de passar e é mesmo neste sentido. Ainda hoje estava a dizer à Dr.ª consigo ir lá ao saco das ferramentas e pensar esta é a mais certa para aquele episódio, esta é a mais certa para aquele, e não me sinto angustiada. Eu hoje em dia não penso amanhã vou ao médico e ele vai dar-me mais medicamentos que era uma coisa que me consumia imenso, e estava a puxar a minha família, porque eu não queria chegar a casa e dizer olha o médico diz que já não está aqui, está ali, que já não consigo???, que me vais ter que ajudar a apertar os sapatos, e hoje em dia já não faço isso, brinco com isso...

JAB: Há quanto tempo está em terapia com a Dr.ª C.?

SC: Há 1 ano e 8 meses. Em Dez 2010 tive 1 lesão grave no joelho e que eu acho que chegou a ver, ou não ?

JAB: Não. A única vez que a vi foi a tentar na hipnose simular ou vivenciar o que poderia ser a 1ª fase do parto!

SC: AH, lembro-me! Mas tive uma lesão grave e ????. Na altura em que ??? não estava a fazer. Basicamente tirou-me tudo: eu trabalhava (7:11) com crianças, mas a doença ??? tinham medo que deixasse cair as crianças, portanto tive que modificar a minha vida 360 graus, deixar a escola, estava a fazer a preparação para estudar e deixar a escola, porque tive que mudar a minha profissão, deixar a dança, mudar os meus hábitos, abdicar de uma carrada de coisas e depois fui conseguindo a pouco e pouco ir à luz (?) outra vez. E na altura em que comecei com psicoterapia outra vez, eu não estava a fazer nada e estava num buraco negro. Comecei com a terapia em Agosto ou Julho e sei que a Dr.ª quase me obrigou, digamos assim, voltar para a dança. Quando as pessoas (8:16) me diziam

JAB: Porquê a dança?

SC: porque ela sabia que me deixava completamente feliz e realizada e achou que independentemente dos riscos por razões óbvias, que valia a pena. E valia a pena. E voltei. Não! Por acaso quando vim para a terapia já estava na dança. Estava era à pouco tempo comecei na dança em Maio, exatamente de mansinho low-profile, e a dr.ª falamos e ele entendeu que me fazia bem e ela estimulou que fizesse mais vezes que voltasse em força e me entregasse a qq coisa que gostasse! E deu resultado e voltei a 100%. Depois em Setembro de 2010 voltou tudo ao contrário. Culpa minha, não da doença! Foi uma rotura parcial dos ligamentos do joelho. Tive que parar a dança. Estive 2 meses com 1 tala até cá cima depois o médico achou melhor não operar. Se operasse eu nunca mais podia dançar. Se eu me deixasse tratar mais “ao natural” eu podia voltar a dançar com alguns riscos. Então eu ia fazer tortura chinesa, era como eu lhe chamava, era pôr-me a rótula no sítio. Sem

analgésicos nem nada, era fisioterapia pura e dura, ??? foi um momento muito complicado. Se quando comecei a psicoterapia estava num buraco negro, acho que me afundei ainda mais! Porque foi complicado aceitar que tinha acabado outra vez, primeiro que tudo, depois as dores eram excruciantes mesmo a ponto de achar que ??? não aguentava mais e chorava baba e ranho e ??? o enfermeiro Luís percebeu que eu não estava bem e começamos a trabalhar no sentido de com a Hipnose para eu ter algum conforto que era uma coisa que já se estava a tornar, não digo fobica, eu tinha suores frios, só de pensar, para ter a noção todos os dias 3 horas por dia, com 3 macacos, como eu costumo dizer, todos em cima de mim e eu consegui, isto foi em Setembro, e antes do Natal tive alta!

JAB: Boa! E sem limitações?

SC: Não! Com limitações mas havia a dança. Quando me tiram a dança..

JAB: E continuo?

SC: Agora retomei porque entretanto engravidei e tive que para mesmo. Agora voltei e até disse à Dr.^a era outra vez eu, outra vez a Sara porque tenho aquele instinto ??? vou treinar, agora consigo estar muito melhor com o meu filho porque tive o meu tempo, percebe!

JAB: Que quer dizer: tive o meu tempo?

SC: É isso que vou explicar. Eu faço parte duma espécie em que não sou dependente do meu filho. E o meu filho não é dependente de mim. Primeiro pelo meu estado de saúde em que tenho a noção plena que dum dia para o outro, não estou cá, podem acontecer coisas graves e eu posso não ter capacidade de cuidar dele. Ao saber isso eu não posso ter-lo dependente de mim porque no dia em que eu lhe faltar ele vai sentir muito mais falta do que se ele estiver a ser tratado pelos outros também, ou seja, o Santiago desde que nasceu nunca esteve só comigo, tinha o pai a avó e as pessoas mais próximas. Assim que o Santiago puder ir para a escola eu ponho-o na escola (13:23) porque se amanhã eu estiver pior ele pode ter a vida dele. Percebe o que quero dizer.

JAB: A mãe é sempre uma figura de referência incontornável!

SC: Claro e contínuo, mas não o torno dependente, percebe

JAB: Percebo o que está a tentar que ele desenvolva laços afetivos com outras pessoas que lhe sejam próximas, mas ninguém a substitui.

SC: Como é obvio, eu quero é que ele seja saudável e feliz, cresça também estando comigo ou estando com outros. Falta eles sentem sempre. Mãe é mãe! E a mãe faz as coisas diferentes do outros mas ele deixa de receber as coisas. Se a mãe faltar ele não deixa de receber as coisas. Percebo onde quero chegar?

JAB: Percebo, percebo!

SC: E eu preciso de ter tempo para mim! Sempre precisei. Perdi o meu pai muito cedo e isolei-me. Dava-me gozo ??? ter o meu momento. Sempre fui assim. Mesmo casando fui assim. O João tem a vida dele e eu tenho a minha vida. Somos um casal mas cada um tem outra vida também. Eu tenho os meus amigos e ele tem os deles. Cada um tem os seus gostos. Se pudermos encontrar ?? e irmos os dois, senão não é por um não querer ir ou não gostar que o outro não faz! Eu sempre disse à Dr.^a eu preciso de tempo para mim. Uma das questões um bocadinho não digo que seja difícil foi esta questão de deixar o Santiago para ir ??? treinar, ainda sinto que estão muitos olhos em cima de mim ao contrario ????.

JAB: Muitos olhos de pessoas de comentários?

SC: Sim. Essencialmente pelo facto de deixar o meu filho na creche a meu belo prazer, acham eles! E a meu ver temos uma coisa completamente diferente: eu tenho que estar bem para ele estar bem! Se eu não estiver bem, não estou bem com ele nem com ninguém! Ele agora está muito melhor! Percebe! Foram 3 meses intensivos em que dediquei todos os minutos com ele. Mas agora preciso do meu tempo para estar bem com ele!

JAB: Porque disse que ele está agora melhor?

SC: Porque hoje em dia estou mais tolerante com ele. Eu estava a chegar a um ponto em que por estar tanto tempo fechada e não ter tempo para respirar, que uma coisa simples como o ir estender a roupa, ele não ficava 5 minutos porque quer descobrir, quer falar, quer mexer, aquilo estava a enervar-me. Dá-me 4 minutos, dá-me 5 minutos para eu ???

JAB: Que idade ele tem agora?

SC: 4 meses! E estava a começar a enervar a questão de ??depois ele gritava e ??? e eu tinha que parar de estudar ou o que estava a fazer, pegar nele, acalmá-lo, não conseguia aquele equilíbrio. Está a perceber?

JAB: Estou, estou. O facto de o por na creche lhe dá essa distância?

SC: O por na creche e volta à ginástica (?). São 2 fatores. O por na creche e ir para casa não sei se me iria ajudar alguma coisa! Mas por na creche, ir treinar, ir buscar depois da creche já tenho vontade de estar com ele. Se ele gritar eu bato palmas, mas não me incomoda. Consigo estar com ele 3 horas ou 2 horas e faço palhaçadas e brinco com ele ou vamos passear e consigo acordar de manhã a pensar vai ser um dia bom, vou pô-lo na escola e vou treinar e vamos ao parque e ponha na areia do que estar a acordar, como já estava a acontecer, acordava às 7 da manhã e dizia, pois tu agora vais comer às 9 e vais dormir e ficar acordada e tenho coisas para fazer e já não vou ficar descansada e ??? e já não sei como vou fazer, está a perceber?

JAB: Ficava angustiada!

SC: Ficava qq coisa negativa que ele não teria nada, não teria culpa nenhuma.

JAB: Porque é o ritmo dele e não pode altera-lo

SC: Como é obvio! E sempre me preparei sempre tive metas muito firmes sabia quando o Santiago ia passar para a cama dela sempre disse que passava para o quarto dele em x altura, ia começar na escola em x altura, sempre tive assim metas. Estou a cumpri-las todas não é que se 1 falhar me vai incomodar. É porque sei que não estou preparada não fará bem nem a mim nem a ele. Mas nós temos plenamente, estamos ???assim e tem de continuar assim para bem de todos.

JAB: Eu estou a perceber. Eu acho que é uma aventura no sentido de traçar um caminho muito próprio adaptado a umas circunstancias também elas muito próprias. Podem ter alguma incompreensão de uma ou outra pessoa, bem mas isso está convencida e é assim que se sente e as coisas são como são e a opinião das outras pessoas

SC: Têm de respeitar a minha opinião. Se acham melhor serem mães 24 horas eu tenho que respeitar da mesma maneira como elas têm de respeitar a mim por eu não ser!

JAB: Percebo muito bem. Olhe já que teve a paciência de preencher estes pontos do questionário, aqui refere "tolerante com os outros". Aqui refere como processo de mudança na psicoterapia. Como aconteceu o processo, como chegou lá?

SC: Eu antes de estar aqui com a Dr.^a C. era pão pão, queijo queijo. SE querem querem, se não querem não querem. E eu estou aqui. (20:27) Era como se eu me protegesse atrás dessa coisa durona sou assim.

JAB: Mas tinha a noção que essa atitude a incomodava!

SC: Não, não tinha essa noção! Aí é que estava, não tinha essa noção!

JAB: Então transmitia as suas atitudes...

SC: Eu transmiti que estava sempre tudo bem. Que nada me incomodava, e que não era por uma doença estúpida como esta que ia deixar de viver outra vez! Mas sozinha não sabia que era capaz de fazer aquilo que tinha acabado de dizer. Percebe? Mas não passava para os outros, não transmitir insegurança aos outros, daí que até descobrirem que eu precisava de ajuda foi difícil. Já estava num ponto um bocadinho complicado porque era como se eu omitisse que precisava. Não precisava e não queria que me tratassem como uma coitadinha. Se eu não conseguia apertar os sapatos, eu não pedia, ai coitada. Então era um bocadinho assim! Eu vou dar um exemplo: estava a ver televisão e via um programa, e as pessoas ai coitadinha e tal ???? aquilo mexia comigo: as pessoas vão para ali fazerem-se de vítimas. Não era tolerante com esse tipo de pessoas.

JAB: Mas na psicoterapia como é que

SC: Na psicoterapia tive que aprender a não omitir às pessoas que precisava de ajuda, tive que aprender a tolerar as pessoas que quando diziam coitadinha não era no sentido “prejudicativo”, nem tenho pena nem de nem de, é como se as pessoas estivessem solidárias .

JAB: Que é uma manifestação de solidariedade e não de caridadezinha mesquinha, digamos

SC: Exatamente tive que ser muito mais tolerante no sentido de perceber que se isto não era fácil para mim para as pessoas que me rodeavam também não.

JAB: Portanto na Psicoterapia foi levada a perceber o funcionamento das outras pessoas.

SC: Era um bocadinho assim.

JAB: Quer dizer: as pessoas têm uma determinada reação e a SC interpretava duma determinada maneira e na terapia foi percebendo que os seus raciocínios não eram bem assim, as pessoas eram movidas por outras coisas.

SC: E hoje em dia quando as pessoas, por exemplo a minha família mais próxima, a minha mãe às vezes tenta fazer coisas que eu ?????? acho muito bem e agora ???????? se calhar vai aparecer ajuda porque se calhar acha que eu vou ficar mais leve. Já não há: eu não preciso de ajuda, eu tenho braços e tenho pernas! Eu já me estava a ??? sem saber! E aprendi a tolerar mais isso!

JAB: O que suavizou muito a relação com as outras pessoas, não é?

SC: Se calhar ajudou ???o casamento, porque me estava a afastar nitidamente porque para mim eu era um fardo e as pessoas não tinham que andar comigo atrás. Percebe?

SC: Daí vem a confiança em si própria.

SC: Completamente.

JAB: porque uma coisa acaba por estar ligada a outra

SC: Acaba, acaba e a confiança naquele sentido que eu hoje acordo e não penso que ??? tenho que ir ao medico e se ele vai olhar para mim e dizer não eram estas as noticias que te queria dar mas vou ter que dar! Eu entro no consultório do medico, olá Dr. está tudo bem como passou e tal e sento-me - e vá, chute lá! Percebe o que quero dizer, não fico ali à espera que ele abra os relatórios e atão

JAB: E tentar deduzir pelos olhares ...

SC: Não. E se ele me der a pior notícia, então, bola para a frente há coisas bem piores na vida e isto e aquilo e aquele outro!

JAB: Foi nessa sequência: primeiro tolerar

SC: Não, se calhar trabalhamos primeiro a confiança e depois trabalhamos a tolerância

JAB: Estou a entender

SC: Primeiro a confiança que me tornou mais segura como pessoas.

JAB: pois até porque se não tiver confiança em si vai ter mais dificuldade em ter tolerância em perceber que as outras pessoas têm outros registos de pensamento etc., etc.

SC: Concordo

JAB: E a seguir refere “sem medo do amanhã”

SC: Lá está

JAB: Vem depois da confiança

SC: Vem depois da confiança, vem!

JAB: Como é o sem medo do amanhã? De qq forma tem uma perspetiva do futuro mas não a dramatiza ..

SC: Não a dramatizo! Há uns tempos a minha perspetiva de futuro era Ok eu tenho lesões no cérebro, que estão a afetar drasticamente a visão, posso deixar de ver em qq altura mas ??? tenho lesões nos ossos graves e ??? que tipo de vida eu vou ter? Que tipo de vida é que eu quererei ter assim? Não sabia a que ponto podia ter uma vida assim! Não gostava de ter filhos, na minha imaginação nem pensar, via tudo negro, nunca na vida, e este não ter medo é aceitar aquilo que tenho, aceitar que posso viver plenamente com aquilo tudo que tenho, duma maneira equilibrada, com a minha doença e com os outros, que posso ter filhos, e tive, que posso ter mais, que posso dançar e no fundo, no fundo, posso ser uma pessoa completamente normal e feliz!

JAB: Nessa sequencia houve alguma

SC: Isto porque medo é brutal porque eu pensava assim, qq dia acordo, estou dependente o meu marido vai-se embora pq não está para isto, ainda é nove e não está para ter uma pessoa a cargo, eu vou ficar ??? a minha mãe tomava conta de mim enquanto bebe e vai ter que tomar conta outra vez e não sou eu que tomo conta dela e ??? e todos os dias acordava e era tão pateta que eu dizia ah ??? chegou a haver uma altura em que tinha medo de dormir

JAB: Pois, não fosse acordar e não ver! Mas diga-me uma coisa, quando estava em terapia esses assuntos não são tratados assim sequencialmente a pessoa vai falando de tudo, vai abrindo descobrindo

SC: Eu não sabia que estava em terapia. A Dr.ª C. faz duma forma muito “sui generis”: eu estava simplesmente a conversar. Eu vinha todas as semanas para conversar aqui. Tinha ??? que não podia desabafar em casa para não ficar a preocupar os outros.

JAB: portanto um dos pontos importantes foi a relação de compreensão que estabeleceu com a Dr.ª C. e de confiança

SC: Também porque ??? os terapeutas não estão para apontar o dedo a ninguém ou que “fazes mal” que era o que eu tinha em casa ou à minha volta. Porque se eu dissesse que vou fazer isto ou aquilo diziam-me, fazes mal ou fazes bem. Não a Dr.ª C. parava e “então conte-me lá e tal o que a pensou ou a levou a pensar em fazer isso? E as coisas acabavam por se ir soltando. Eu não me apercebia da informação que lhe dava.

JAB: Mas depois quando fazia essas perguntas e a SC refletia nelas alargava a sua forma de pensar

SC: Claro aí eu parava para pensar! A Dr.ª C. fazia-me parar para pensar! O que é que fez com que tu quisesses fazer isso realmente? Eu ia mesmo parar ia lá atrás e explicava e ela devolvia-me da maneira correta.

JAB: Ok. Portanto a SC contava um acontecimento, punham-lhe questões e a SC recriava e dava outro sentido ao que tinha contado e assim percebia melhor os como's e porquê's

SC: Exatamente. E acabou por ser um desafio porque acabamos por ir ao nosso interior e acabamos por nos conhecer melhor e perceber que se calhar podemos fazer ????? e se calhar podemos fazer coisas ??? . E essa aceitação é um crescimento, pessoal e como qq crescimento a meu ver é sempre favorável, tem coisas positivas e negativas nós temos que saber, lá está, há muitas das coisas que muitas das vezes nós achamos que não, mas temos que aceitar mas era assim e tem sido uma viagem fantástica (32:00)

JAB: Está a ser tão explícita que até estou surpreendido. Refere aqui: “mais dada aos outros” (32:04)

SC: Abro mais as minhas emoções aos outros e estou mais presente. Eu tenho ???? e muitas das vezes os outros vinham ter comigo porque eu era ??? sempre fui e não se preocupavam como eu estava. Imagine tinha uma amiga que telefonava e dizia, tenho que falar contigo e tenho 1 problema e isto e aquilo e eu estava ali e ouvia e ouvia mas ela era incapaz de me perguntar como é que eu estava, e depois aquilo magoava-me e eu comecei-me a fechar ia na mesma ter com a pessoa mas como que obrigada. Dizia que sim mas para a não magoar mas acho que nem ouvia o que ela dizia

JAB: Sentia-se usada

SC: Hoje em dia consigo impor-me, estou lá para eles, mas eles já me conhecem e “olha, antes de perguntares estou bem obrigada” percebe? é como se dissesse “embora lá mas antes de perguntares eu já te estou a responder” e já consigo ????. Para outros e quando chega aquela fase em que acho que me estão a usar outra vez, desligo outra vez! Porque magoar a mim é que nada. Não tens que estar para os outros mas consigo estar principalmente com o meu marido! Eu acho que era uma esposa muito ausente: vivia com ele fazia muitas coisas, mas não sei, havia ali qq coisa que hoje em dia, lembra-se daquilo que lhe disse ao início, nós temos os 2 vidas separadas ele tem os interesses dele e eu tenho os meus, e eu na altura, hoje em dia eu consigo perceber isso, tolerar, aceitar e respeitá-lo. Eu na altura não fazia nada disso!

JAB: Diga-me 1 coisa: quando se não abria e dava mais aos outros era para se proteger pela dor provocada o ser usada

SC: Eu acho que a sensação de as pessoas só se lembrarem de mim quando as outras precisavam e nunca me ligarem por minha causa quando eu precisava

JAB: É que provocou em si esta contra reação. Mas agora diga-me uma coisa: desde que mudou essa sua atitude de se abrir mais mas também de impor as suas necessidades ou a sua pessoa como pessoas, isto está a fazer que as pessoas mais lhe telefonem e perguntem: “SC como é que anda ou tem passado?”

SC: Não! Há muita gente que se afastou, eu deixei de estar lá só para eles, deixei de ser necessária, e se calhar havia gente que achava que estava mais separada e que hoje em dia está mais próxima. Se calhar foi um bocadinho ??? enfim essas pessoas telefonam-me regularmente. Aliás eu tenho muito poucos amigos, amigos com A grande não sou daquelas pessoas que estão sempre a telefonar. Respeito imenso essas pessoas mas eu não sou!. Eutelefono quando tenho qq coisa para dizer. Não gosto de amigos melga, percebe? Podemos estar 2 semanas sem nos falarmos, mas no dia que acontece uma coisa a um ou outro, nós sabemos desde logo! Percebe? Eu prefiro assim do que ter 20 pessoas no telemóvel ??? e quando eu ligava ninguém me atendi. Percebe o que quero dizer? Portanto as pessoas que se afastaram não me fazem diferença nenhuma. Fiquei a ganhar

JAB: Estes pontos estão interligados, claro. O seu ultimo ponto é “ não me culpabilizar e auto-criticar”

SC: Ah sim! A sequencia da lista foi a que me foi ocorrendo.

JAB: Mas olhe que o “Gostar da Vida” é o que põe aqui como de extrema importância e improvável sem a terapia

SC: Antes da terapia eu não equacionava longevidade como qualidade! Eu não fazia uma corrida de Karts (?) porque podia fraturar qq coisa. Eu não ia andar não sei quê porque não sei quê. Eu não saía com Sol porque podia piorar a parte da retina. Eu não ia para a praia por causa das manchas da pele.

JAB: Tinha uma vida extremamente limitada!

SC: E não via melhoria! Não queria casar (?) porque achava que o meu marido em qq altura se fartava daquela situação e se ia embora, porque eu acho que ter uma vida partida (?) há pessoas que têm capacidade e há outras que não, isso é natural e eu não achava que ele não tivesse, enganei-me redondamente e ainda bem e não gostava e achava que ninguém gosta. Só podia comer x coisas, já nem ia jantar fora porque era uma chatice porque primeiro que eu arranjasse qq coisa para comer, olhe traga-me lá um bife mas tem de ser grelhado assim, percebe o que quero dizer?

JAB: Percebo!

SC: Era tudo uma complicação e não via as coisas a melhorar e via a minha vida cada vez pior e cada vez mais triste dali para a frente. Eu pensava em 6 meses apareceu-me isto, mais 6 meses e eu estou minada! Percebe o que quero dizer? Vamos apanhar ar? Não porque posso ficar com 1 pneumonia! Tá a ver a ideia.? E eu dizia, mas vai tu! Tens que viver! E hoje em dia já não digo nada disso. Olha vamos ao parque! Mas está vento! Não faz mal! Corro o risco mas vivo! Daí eu por de “extrema importância” porque eu já não me estava a viver, já não investia em mim, para quê? Eu não vou sair, não posso sair!

JAB: Esta questão do gosto da vida veio realmente

SC: Já existia antes mas depois tiraram-me tudo! E como me tiraram tudo....

JAB: Isto aparece em lugar 5, leva-me a mim a pensar que aparece como consequência dos passos anteriores. É verdade?

SC: É óbvio! Se eu não conseguia ser mais tolerante, ter mais confiança, estava mais ausente, eu continuava a viver no meu mundo, digamos assim! Está melhor, muito melhor! Mas se calhar não fazia planos e hoje já faço! Eu já digo assim, daqui a uns meses eu quero fazer uma viagem em que quero fazer isto, isto e isto! E a minha mãe diz-me assim, mas não é mto aconselhável porque lá não têm muitos especialistas. E depois? Eu posso ir a passar na estrada e vir um carro e levar-me! Percebe o que eu estou a dizer? Já faço esse tipo de planos. Eu hoje em dia digo daqui a 3 ...4 anos gostava de ter outro filho! E já não penso como é que estarei daqui a 3 ou 4 anos se estarei em condições ou não! Já não penso se serei uma mãe presente para o meu filho, que já cá está, não é, ou não. Eu hoje estou cá então se hoje estou cá vamos fazer com que ele seja feliz (?). Daí a minha questão, não me tornar dependente. Porque hoje em dia vejo o meu filho não me pertence ele saiu de mim mas não tenho qq tipo de pertença sobre ele. Ele tem que crescer, ele tem que viver a vida dele e a maior parte dos miúdos vivem a vida dos pais. Eu não quero e quero que ele

perceba se algum dia eu não possa tomar conta dele, enquanto eu pude fui feliz e deu-me gosto fazê-lo (?)

JAB: E ele sentiu, esse gosto!

SC: Percebe o que eu estou a dizer? (43:27) É como se eu desse de facto ferramentas, com muito amor como é obvio mas não chocando (?)

JAB: Também que lhe quer dar a elasticidade de que há outras pessoas que o amam.

SC: E que ele tem todo o direito de mais tarde fazer coisas com elas e não fazer comigo. Percebe o que quero dizer?

JAB: Sim, claro! Não culpabilizar e autocriticar, também pôs aqui como com importância moderada, mas a verdade é que a autocritica surge como? Criticava-se o estar doente? Ou as suas atitudes de menos tolerância?

SC: Ou melhor aquilo de culpabilizar é porque ... eu acho que ainda existe qq coisa que ?? temos tentar de culpabilizar a nós. E eu estava a culpabilizar a minha doença pelo inicio do fim de ????? e não estava a culpabilizar-me pela ????? e eu não era melhor esposa (?) e autocriticava-me

JAB: Percebo. E agora ao aceitar as coisas começou que havia limitações da própria doença

SC: É obvio que uma relação falhada existem culpas por variadíssimas razões mas se a pessoa tiver noção do papel que tem na relação ??? não falha. A pessoa vai tentar arranjar um equilíbrio para não colocar a culpa nos outros. E eu vejo um bocadinho o e o que é que fará alguma coisa, a doença pode ter alguma ????? e as pessoas chegam a um ponto de exaustão mas se calhar o meu comportamento na altura também não era correto. Sendo ?????

JAB: ?????

SC: Tanto que hoje o meu marido brinca muito comigo, às vezes quando nós temos os nossos despiques, ele diz: então quem está a falar? É a SC ou é aquela caixa que não sei quê? E às vezes faz-me parar: eh pá espera aí, realmente tenho que ir buscar outra ferramenta que esta já não está a funcionar. E muito desafiador! É desafiador não estar 24 horas a pensar que alguma coisa de mal vai correr, que não vou estar para o meu filho, não vou estar para o meu marido, é uma luta constante. Há 2 caminhos: ou era consumida, e não vivia ou aprendia a não me consumir. E é muito melhor, muito melhor!

JAB: Nota-se. Achou que houve pontos fracos pessoais que tornaram mais difícil a terapia ou não?

SC: Achei! A parte em que tocava a minha infância e as minhas perdas pessoais era qq coisa que estava lá tão bem escondida, tão bem fechada que não podia abrir. E foi doloroso

JAB: Foi doloroso porque tinha idealizado alguns aspetos e teve que os desidealizar?

SC: Não. Porque tinha fechado e não (?) queria voltar a abrir. Vi que para continuar em frente tinha que abrir e resolve-los!

Foi uma viagem ao seu interior, mas acompanhada pela Dr.ª C.?

SC: Pela Dr.ª C. e pelo enfermeiro (*Hipno terapeuta*) mas ao princípio resisti! Era como se ??? andava a li e depois fugia ??? que tive que perceber que tinha que ir lá ao meio e dar as informações todas para ultrapassar certas coisas. E ainda bem que o fiz porque se calhar o meu estado não era tão bom (50:00)

JAB: Portanto o ter que fazer essa viagem a tempos mais anteriores foi um pouco doloroso porque havia coisas que não estavam resolvidas

SC: Sinceramente acho que no fundo, no fundo, há perdas que nunca se resolvem, mas a pessoa pode conseguir viver bem com elas.

JAB: Passa a aceita-las, não é?

SC: Pois e eu não tinha aceitado ainda essas perdas e escondia-me de trás da minha conchinha e hoje em dia já não estou atrás da concha, estou à frente da concha! Mas se me disser, consegui ultrapassar completamente, não!

JAB: Mas está consciente

SC: Sim, sim. Esse problema não é um bloqueio.

JAB: Há mais alguma coisa que queira complementar à nossa conversa? Também quero agradecer a sua disponibilidade e espero que pelo menos tenha aproveitado para fazer um balanço dos seus

SC: Não. Isto é um processo e ainda não acabou. Estou bem não consigo acrescentar a não seu reafirmar que hoje em dia estou muito melhor e me sinto uma mulher como um todo e espero continuar a crescer como mulher e estar bem comigo e com os outros!

Anexo E

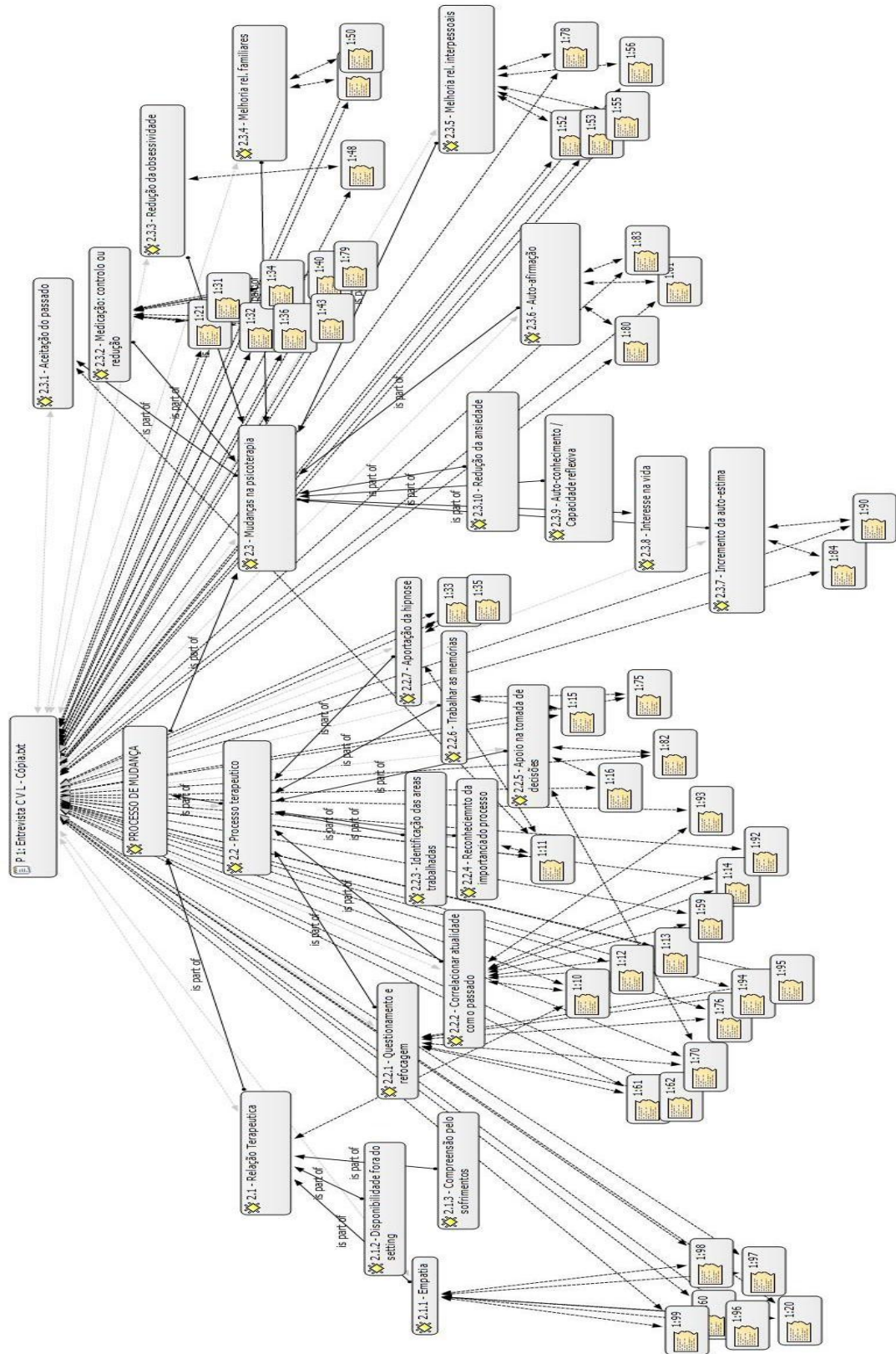
Cotações referentes à entrevista P1: CVL

Anexo F

Cotações referentes à entrevista P1: CVL

Esquema de cotações e codificações conceituais de CVL

(cotações transcritas no Anexo)



Anexo G

Cotações referentes à entrevista P1: CVL

Cotações para entrevista com P1. CVL

All (99) quotations from primary document: P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt (My Library - > C:\Documents and Settings\Ritinha\Ambiente de trabalho\Atlas Exp\Entrevista C V L - Cópia.txt)

HU: Tese v_2
File: [C:\Documents and Settings\Ritinha\Ambiente de trabalho\ATLAS TESE PC ISPA\Tese v_2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2012-10-25 17:54:21

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:1 [Sim tomo uma medicação diária ..] (6:6) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação]

No memos

Sim tomo uma medicação diária em termos de fibromialgia e de neurologia

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:2 [Mas estive na parte da neurolo..] (10:10) (Super)

Codes: [1 - Antecedente: Depressão] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [Mas estive na parte da neurolo..]

No memos

Mas estive na parte da neurologia (...psiquiatria... depressão?)

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:3 [Fui eu que criei os meus irmão..] (20:20) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [Fui eu que criei os meus irmão.. - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

Fui eu que criei os meus irmãos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:4 [ficou paralisado com 9 anos de..] (24:24) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [ficou paralisado com 9 anos de.. - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

ficou paralisado com 9 anos de idade

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:5 [foi para a Africa do Sul] (24:24) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [foi para a Africa do Sul - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

foi para a Africa do Sul

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:6 [meus pais depois mais tarde fo..] (25:25) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [meus pais depois mais tarde fo.. - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

meus pais depois mais tarde foram para a Africa do Su

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:7 [Nós os 3 viemos para Portugal] (26:26) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [Nós os 3 viemos para Portugal - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

Nós os 3 viemos para Portugal

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:8 [muito ligada à minha mãe] (27:27) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [muito ligada à minha mãe - Family: Antecedentes: infantis/adolescencia]

No memos

muito ligada à minha mãe

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:9 [eu não faço mais nenhuma gravi..] (46:46) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: maternidade] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [eu não faço mais nenhuma gravi.. - Family: Antecedentes: maternidade]

No memos

eu não faço mais nenhuma gravidez

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:10 [eu faço a minha vida profissio..] (47:49) (Super)

Codes: [2.1 - Relação Terapeutica] [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [é muito gratificante para mim - Family: Relação terapeutica]

No memos

eu faço a minha vida profissional e penso que está tudo ultrapassado.

Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde,

já agora no tratamento de psicoterapia,

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:11 [Mas de facto esse choque nunca..] (48:50) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: maternidade] [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [2.2.7 - Aportação da hipnose] [2.3.1 - Aceitação do passado] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [choque - Family: Antecedentes: maternidade]

No memos

Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde,

já agora no tratamento de psicoterapia, relaxamento e hipnose (com o enfermeiro) é muito gratificante para mim,

embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente,

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:12 [embora tenha tido alturas do t..] (50:52) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [deprimida inicialmente, - Families (2): Procedimentos da terapeuta, Relação terapeutica]

No memos

embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente,

veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança, adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:13 [veio-me dar uma força que vi, ..] (51:53) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [que as janelas que estavam fec.. - Families (2): Antecedentes: infantis/adolescencia, Antecedentes: maternidade]

No memos

veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança, adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas.

Estavam entreabertas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:14 [dar uma força] (51:51) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [dar uma força - Family: Procedimentos da terapeuta]
No memos

dar uma força

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:15 [Ou seja eu consigo entrar em d..] (54:56) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [consigo rever-me]
No memos

Ou seja eu consigo entrar em diálogo com a minha mãe,
consigo rever-me nos jardins que frequentávamos, consegui ver as roupinhas que me fazia
e aos meus irmãos também

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:16 [vi qua a minha parte profissio..] (58:59) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [depois mais tarde consegui ver..]
No memos

vi qua a minha parte profissional que tinha que ter uma etapa mas havendo netos
eu queria dedicar uma parte da minha vida aos meus netos.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:17 [minha parte profissional que t..] (58:59) (Super)

Codes: [1 - Relação com os netos] [minha parte profissional que t..]
No memos

minha parte profissional que tinha que ter uma etapa mas havendo netos
eu queria dedicar uma parte da minha vida aos meus netos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:18 [grande expectativa de um trata..] (138:139) (Super)

Codes: [1 - Saude: insatisfação com medicação] [grande expectativa]
No memos

grande expectativa de um tratamento alternativo para me ajudar.
Verifico que não aconteceu: não há milagres

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:19 [não há milagres. A Dra. D enca..] (139:139) (Super)

Codes: [1 - Pedido de Psicoterapia] [1 - Saude: insatisfação com medicação] [A Dra. D encaminha-me logo par..]
No memos

não há milagres. A Dra. D encaminha-me logo para a Psicologa.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:20 [Ajudou-me muito] (145:145) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [Ajudou-me muito]
No memos

Ajudou-me muito

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:21 [porque me fui disciplinando po..] (145:145) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [porque me fui disciplinando]
No memos

porque me fui disciplinando porque eu era uma pessoa muito indisciplinada

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:22 [Portanto acontece que tudo tem..] (153:153) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos]

No memos

Portanto acontece que tudo tem de estar no seu lugar e aquelas horas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:23 [exijo muito das pessoas que me..] (154:154) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [exijo muito das pessoas que me..]

No memos

exijo muito das pessoas que me rodeiam

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:24 [extremo da medicação] (158:158) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [extremo da medicação]

No memos

extremo da medicação

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:25 [manutenção diária não valeu de..] (159:159) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [manutenção diária não valeu de..]

No memos

manutenção diária não valeu de nada

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:26 [Então começo a fazer a auto-me..] (160:160) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [Então começo a fazer a auto-me..]

No memos

Então começo a fazer a auto-medicação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:27 [Eu estar deitada ver as coisas..] (166:167) (Super)

Codes: [1 - Saúde: insatisfação com medicação] [emocional psicológica começa n..]

No memos

Eu estar deitada ver as coisas por fazer e não conseguir fazer.

Então a minha parte emocional psicológica começa num retrocesso

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:28 [desarrumo tudo] (168:168) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos] [desarrumo tudo]

No memos

desarrumo tudo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:29 [tomo medicação para as dores p..] (168:168) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos] [2.3 - Medicação] [tomo medicação para as dores p..]

No memos

tomo medicação para as dores para daí a 2 horas arrumar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:30 [Aí desarrumo tudo para me obri..] (171:171) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos] [Aí desarrumo tudo para me obri..]
No memos

Aí desarrumo tudo para me obrigar a mim própria a arrumar tudo.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:31 [aprendi na Psicologia que não ..] (172:172) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [aprendi na Psicologia que não ..]
No memos

aprendi na Psicologia que não pode ser assim

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:32 [e chego a não tomar nenhum com..] (174:175) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [e chego a não tomar nenhum com..]
No memos

e chego a não tomar nenhum comprimido
porque prefiro até descansar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:33 [Com a terapia com a Dra. C e o..] (176:178) (Super)

Codes: [2.2.7 - Aportação da hipnose] [Relaxamento físico e emocional]
No memos

Com a terapia com a Dra. C e o Enf. L (hipnose) eu entrei numa meditação
que consigo fazer um relaxamento e consigo relaxar a parte emocional e muscular.
De facto sintome bem e não tenho necessidade de fazer tanta medicação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:34 [De facto sintome bem e não ten..] (178:178) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [não tenho necessidade de fazer..]
No memos

De facto sintome bem e não tenho necessidade de fazer tanta medicação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:35 [é assim: quando comecei a ter..] (182:184) (Super)

Codes: [2.2.7 - Aportação da hipnose] [quando comecei a terapia era p..]
No memos

é assim: quando comecei a terapia era para ser diariamente, e até andava mais calma.
Dizia C. hoje limpas só a sala e bem ou mal era só o que fazia e se estivesse pior
deitava-me e fazia o relaxamento.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:36 [andava mais calma] (182:182) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [andava mais calma]
No memos

andava mais calma

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:37 [hoje limpas só a sala] (183:183) (Super)

Codes: [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [hoje limpas só a sala]
No memos

hoje limpas só a sala

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:38 [deitava-me e fazia o relaxamen..] (184:184) (Super)

Codes: [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [deitava-me e fazia o relaxamen..]
No memos

deitava-me e fazia o relaxamento

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:39 [incutido a disciplina] (185:185) (Super)

Codes: [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [incutido a disciplina]
No memos

incutido a disciplina

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:40 [as regras que têm que não tinh..] (185:185) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [as regras que têm que não tinh..]
No memos

as regras que têm que não tinha

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:41 [Eu sou uma pessoa de extremos...] (186:186) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos]
No memos

Eu sou uma pessoa de extremos. Tenho principio e não tenho meio termo. É muito difícil.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:42 [Mas pronto tem sido neste aspe..] (188:188) (Super)

Codes: [tem ajudado muito.]
No memos

Mas pronto tem sido neste aspeto que me tem ajudado muito

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:43 [Mas pronto tem sido neste aspe..] (188:188) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]
No memos

Mas pronto tem sido neste aspeto que me tem ajudado muito.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:44 [Reformei-me daqui e vou para c..] (193:193) (Super)

Codes: [1 - Relação com os netos] [Bragança: apoio netos]
No memos

Reformei-me daqui e vou para cima para dar o apoio aos meus netos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:45 [retrocesso da parte emocional] (197:197) (Super)

Codes: [retrocesso da parte emocional]
No memos

retrocesso da parte emocional

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:46 [não conseguia desprender-me do..] (197:197) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos] [1 - Relação com os netos] [não conseguia desprender-me do..]
No memos

não conseguia desprender-me dos meus netos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:47 [mais medicação para a parte em..] (199:200) (Super)

Codes: [1 - Saude: insatisfação com medicação] [2.3 - Medicação] [mais medicação para a parte em..]

No memos

mais medicação para a parte emocionaçl estar mais estabilizada
e muita medicação da parte da neurologia e as consultas novamente

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:48 [já consigo estar desde há 1 an..] (202:202) (Super)

Codes: [2.3.3 - Redução da obsessividade] [já consigo estar desde há 1 an..]

No memos

já consigo estar desde há 1 ano consigo estar 3 a 4 meses sem aquela coisa que eu tenho de estar ao pé dos meus netos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:49 [compreender que os meus netos ..] (203:203) (Super)

Codes: [1 - Problematica relacional] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [compreender que os meus netos ..]

No memos

compreender que os meus netos têm pais

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:50 [pais têm todo o direito de lhe..] (203:203) (Super)

Codes: [1 - Problematica relacional] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [pais têm todo o direito de lhe..]

No memos

pais têm todo o direito de lhes dar a formação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:51 [termos de brincar porque eu não..] (210:210) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: infantis/adolescentes] [1 - Problematica relacional] [1 - Relação com os netos] [termos de brincar porque eu não..]

No memos

termos de brincar porque eu não brinquei na infância.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:52 [As mudanças que eu senti neste..] (279:279) (Super)

Codes: [1 - Problematica relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [As mudanças que eu senti]

No memos

As mudanças que eu senti neste tempo foi respeitar um bocadinho mais o próximo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:53 [Ou seja no aspecto eu muitas v..] (280:280) (Super)

Codes: [1 - Problematica relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [não encontrar aquele meio term..]

No memos

Ou seja no aspecto eu muitas vezes quero ter só eu a razão e não encontrar aquele meio termo de ouvir e escutar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:54 [muitas vezes quero ter só eu a..] (280:280) (Super)

Codes: [muitas vezes quero ter só eu a..]

No memos

muitas vezes quero ter só eu a razão

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:55 [tenho de dar espaço às outras ..] (281:281) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [tenho de dar espaço às outras ..]

No memos

tenho de dar espaço às outras pessoas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:56 [aquele maio termo que eu não t..] (283:283) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [aquele maio termo que eu não t..]

No memos

aquele maio termo que eu não tinha

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:57 [Foi para mim muito gratificant..] (284:284) (Super)

Codes: [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [Foi para mim muito gratificant..]

No memos

Foi para mim muito gratificante

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:58 [JAB: E essa busca desse meio-t..] (286:289) (Super)

Codes: [1 - Prob. obsessiva: arrumos; netos] [1 - Problemática relacional] [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [JAB: E essa busca desse meio-t..]

No memos

JAB: E essa busca desse meio-termo é só relativamente às suas relações interpessoais ou fá-lo também relativamente a si própria. Descreveu aqui.....

C: Não

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:59 [eu penso que na continuidade d..] (293:295) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [na continuidade das consultas]

No memos

eu penso que na continuidade das consultas com a Dra. C. me fui libertando e fui falando mais nas coisas a própria Dra. foi entrando num campo que me ficavam a trabalhar e sem querer eu sem querer eu fui percebendo que era esse campo que me estava a limitar muito mais e fui ficando mais aberta (41:30)

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:60 [com a Dra. C. me fui libertand..] (293:293) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia]

No memos

com a Dra. C. me fui libertando e fui falando mais

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:61 [Dra. foi entrando num campo qu..] (294:294) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Dra. foi entrando num campo qu..]

No memos

Dra. foi entrando num campo que me ficavam a trabalhar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:62 [eu fui percebendo] (295:295) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [eu fui percebendo]

No memos

eu fui percebendo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:63 [esse campo que me estava a lim..] (295:295) (Super)

Codes: [2.2 - Processo terapeutico] [esse campo que me estava a lim..]

No memos

esse campo que me estava a limitar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:64 [fui ficando mais aberta] (295:295) (Super)

Codes: [2.2 - Processo terapeutico] [fui ficando mais aberta]

No memos

fui ficando mais aberta

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:65 [porque razão não podemos estar..] (325:325) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [porque razão não podemos estar..]

No memos

porque razão não podemos estar 24 horas dentro de casa sem nos agredirmos verbalmente sempre

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:66 [Não falamos está muito ausente..] (326:326) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [Não falamos está muito ausente..]

No memos

Não falamos está muito ausente

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:67 [o patão abriu em Angola uma at..] (329:329) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [o patão abriu em Angola uma at..]

No memos

o patão abriu em Angola uma atividade ele foi-se

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:68 [deixou para tras a família] (330:330) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [deixou para tras a família]

No memos

deixou para tras a família

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:69 [E lá está é um sentimento de i..] (335:335) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [E lá está é um sentimento de i..]

No memos

E lá está é um sentimento de injustiça que eu não aceito

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:70 [Isto de há 1 ano para cá. Daí ..] (342:343) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Isto de há 1 ano para cá. Daí ..]

No memos

Isto de há 1 ano para cá. Daí que houve necessidade de aprofundar esta situação com a Dra. C. porque aquilo que tínhamos conseguido ultrapassar de forma positivo da C. começou a haver um retrocesso.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:71 [Regrediu] (347:347) (Super)

Codes: [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [Regrediu]

No memos

Regrediu

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:72 [há um desconhecimento total do..] (348:349) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [da pessoas que era e das atitu..]

No memos

há um desconhecimento total do meu marido da pessoas que era e das atitudes que tem.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:73 [família para ele tornou-se num..] (352:352) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [família para ele tornou-se num..]

No memos

família para ele tornou-se num fardo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:74 [, porque é que estou a fazer e..] (356:357) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [porque é que estou a fazer e.. - Family: Mudanças terapeuticas]

No memos

, porque é que estou a fazer este esforço tão grande quando ele põe a família de lado.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:75 [andava em terapia com a Dra. C..] (358:359) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [andava em terapia]

No memos

andava em terapia com a Dra. C.
para tentar conciliar ali os tais sentimentos que ainda não voltaram ao arquivo.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:76 [Por vezes tenho a sensação que..] (360:361) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Por vezes tenho a sensação que..]

No memos

Por vezes tenho a sensação que já estou mais moderada e vou facilitar e compreender mas depois volta ao contrario

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:77 [Portanto isto é muito mau sina..] (364:364) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [Portanto isto é muito mau sina..]

No memos

Portanto isto é muito mau sinal para mim

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:78 [Avançou com a com a Dra C. o r..] (415:415) (Super)

Codes: [1 - Problematica relacional] [2.3.5 - Melhoría rel. interpessoais] [Avançou com a com a Dra C. o r..]

No memos

Avançou com a com a Dra C. o reconhecimento da necessidade de tomar mais atenção às pessoas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:79 [Reparou se essa atitude teve r..] (417:419) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [reflexos nas suas dores C.: Mu..]

No memos

Reparou se essa atitude teve reflexos nas suas dores

C.: Muito mais calmas. Isso não tenha a menor dúvida

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:80 [Era exigente mas não era agres..] (424:425) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [Era exigente mas não era agres..]

No memos

Era exigente mas não era agressiva. Mas neste momento a nível de magoar, nomeadamente o meu marido, eu sou agressiva

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:81 [Porque o que me disse foi: eu ..] (440:444) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [eu até era boazinha mas agora ..]

No memos

Porque o que me disse foi: eu até era boazinha mas agora sou pior portanto a psicoterapia que me estava a fazer bem, agora faz-me mal. Foi o que me disse.

C.: Pois foi!

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:82 [C.: Já lhe disse também a ela ..] (448:448) (Super)

Codes: [1 - Egoísta] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [tornado um pouco egoísta]

No memos

C.: Já lhe disse também a ela que me tenho tornado um pouco egoísta

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:83 [Portanto tornei-me mesmo agres..] (488:491) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Auto-estima] [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Problemática relacional] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [Portanto tornei-me mesmo agres..]

No memos

Portanto tornei-me mesmo agressiva, se calhar para o lado positivo, mas também para ele compreender. Aqui que o filho lhe poderia ter dito, não lhe dizia, porque ele foi habituado a ser posso, quero e mando, e teve que mudar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:84 [Exatamente. Mais auto-estima (..) (501:502) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Exatamente. Mais auto-estima (..)]

No memos

Exatamente. Mais auto-estima (05:23) e pela 1ª vez entendi que devia gostar de mim própria, coisa que nunca tinha gostado.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:85 [3 mudanças] (509:509) (Super)

Codes: [a 3 mudanças]

No memos

3 mudanças

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:86 [capacidade de ouvir as pessoas..] (510:510) (Super)

Codes: [capacidade de ouvir as pessoas..]

No memos

capacidade de ouvir as pessoas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:87 [aceitar] (510:510) (Super)

Codes: [aceitar]

No memos

aceitar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:88 [frontaliza situações] (513:513) (Super)

Codes: [frontaliza situações]

No memos

frontaliza situações

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:89 [demonstra de forma mais veemen..] (514:514) (Super)

Codes: [demonstra de forma mais veemen..]

No memos

demonstra de forma mais veemente o seu desacordo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:90 [sentimento de maior auto-estim..] (516:516) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [sentimento de maior auto-estim..]

No memos

sentimento de maior auto-estima

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:91 [processão estes processos] (520:520) (Super)

Codes: [processão estes processos]

No memos

processão estes processos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:92 [ela vai captando e memorizando..] (522:522) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [ela vai captando e memorizando..]

No memos

ela vai captando e memorizando

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:93 [passado um tempo e noutra situ..] (523:524) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [passado um tempo e noutra situ..]

No memos

passado um tempo e noutra situação ela recorda situações relatadas anteriormente e recorda

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:94 [e confronta com contradição] (524:524) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [e confronta com contradição]

No memos

e confronta com contradição

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:95 [reforço da situação] (524:524) (Super)

Codes: [2.1.1 - Questionamento e refocagem] [reforço da situação]

No memos

reforço da situação

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:96 [a Dra. C. sabe escutar] (528:528) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [a Dra. C. sabe escutar - Families (2): Procedimentos da terapeuta, Relação terapeutica]

No memos

a Dra. C. sabe escutar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:97 [transmite pela sua serenidade ..] (528:529) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [transmite pela sua serenidade ..]

No memos

transmite pela sua serenidade

um bem estar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:98 [que me faz querer vir à consul..] (529:529) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [que me faz querer vir à consul..]

No memos

que me faz querer vir à consulta

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:99 [me cativam] (530:530) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [me cativam]

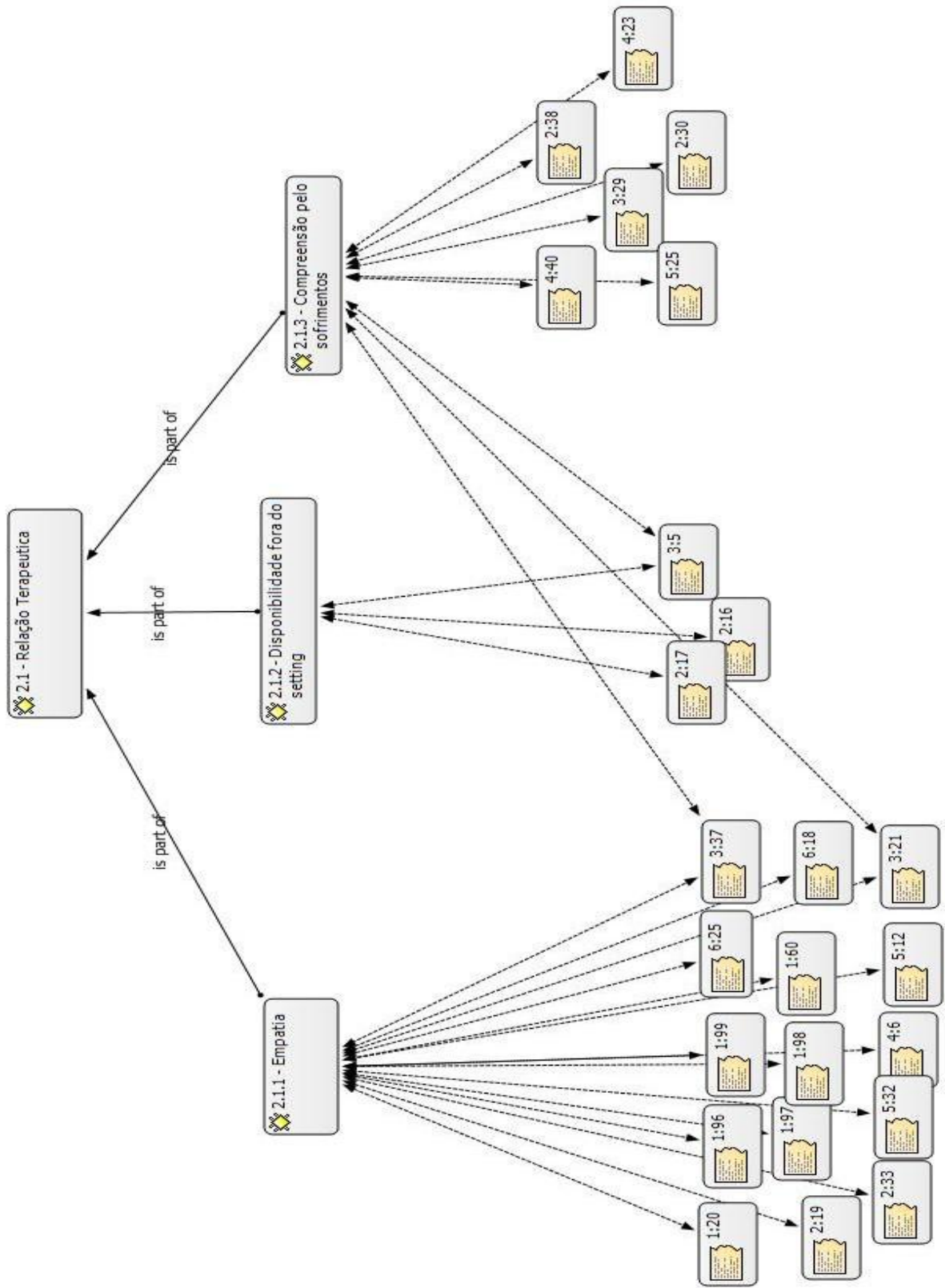
No memos

me cativam

Anexo H

Esquema e citações referentes aos códigos afetos á “Relação Terapêutica”

Esquema da Relação Terapêutica



2.1 - RELAÇÃO TERAPEUTICA

Report: 24 quotation(s) for 3 codes

HU: Tese v_2
File: [C:\Documents and Settings\Ritinha\Ambiente de trabalho\ATLAS TESE\Tese v_2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2012-10-17 09:12:05

Mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

2.1.1 - Empatia

2.1.2 - Disponibilidade fora do setting

2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:20 [Ajudou-me muito] (145:145) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [Ajudou-me muito]

No memos

Ajudou-me muito

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:60 [com a Dra. C. me fui libertand..] (293:293) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia]

No memos

com a Dra. C. me fui libertando e fui falando mais

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:96 [a Dra. C. sabe escutar] (528:528) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [a Dra. C. sabe escutar - Families (2): Procedimentos da terapeuta, Relação terapeutica]

No memos

a Dra. C. sabe escutar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:97 [transmite pela sua serenidade ..] (528:529) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [transmite pela sua serenidade ..]

No memos

transmite pela sua serenidade

um bem estar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:98 [que me faz querer vir à consul..] (529:529) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [que me faz querer vir à consul..]

No memos

que me faz querer vir à consulta

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:99 [me cativam] (530:530) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [me cativam]

No memos

me cativam

P 2: C P.txt - 2:16 [Quando eu estava com aquela de..] (148:149) (Super)

Codes: [2.1.2 - Disponibilidade fora do setting] [Quando eu estava com aquela de..]

No memos

Quando eu estava com aquela depressão horrível (12:11)
as vezes ficava muito ansiosa telefonava-lhe e ficava calma

P 2: C P.txt - 2:17 [Exactamente. Aqueles 5 – 10 mi..] (153:153) (Super)

Codes: [2.1.2 - Disponibilidade fora do setting] [Exactamente. Aqueles 5 – 10 mi..]

No memos

Exactamente. Aqueles 5 - 10 minutos já chegavam

P 2: C P.txt - 2:19 [Aprecio imenso gosto muito de ..] (244:244) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [Aprecio imenso gosto muito de ..]

No memos

Aprecio imenso gosto muito de fazer psicoterapia!

P 2: C P.txt - 2:30 [Também houve uma ajuda muito g..] (308:310) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [Também houve uma ajuda muito g..]

No memos

Também houve uma ajuda muito grande.
Os meus pais faleceram no espaço de 1 mês um do outro.
Houve uma ajuda da Dra. C. Ajudou-me imenso.

P 2: C P.txt - 2:33 [CP: Não, pelo contrário tem-me..] (363:364) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [CP: Não, pelo contrário tem-me..]

No memos

CP: Não, pelo contrário tem-me ajudado imenso.
Assim que a vi, vi que era a pessoa ideal para mim.

P 2: C P.txt - 2:38 [A Dra. tem sido uma valia ness..] (407:407) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [A Dra. tem sido uma valia ness..]

No memos

A Dra. tem sido uma valia nesse aspeto e estou a progredir

P 3: M L C.txt - 3:5 [Tem sido de uma maneira... nem s..] (69:70) (Super)

Codes: [2.1.2 - Disponibilidade fora do setting] [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [Tem sido de uma maneira... nem s..]

No memos

Tem sido de uma maneira... nem sei como dizer

mas ela é fundamental na minha vida agora,

P 3: M L C.txt - 3:21 [É impressionante ela.] (236:236) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [É impressionante ela.]

No memos

É impressionante ela.

P 3: M L C.txt - 3:29 [Mas ela foi impecável.] (290:290) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [Mas ela foi impecável.]

No memos

Mas ela foi impecável.

P 3: M L C.txt - 3:37 [Um dia vi que mesmo cansada el..] (365:366) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [Eu admiro-a muito, sincerament..]

No memos

Um dia vi que mesmo cansada ela consegue dar força a outras pessoas.

Eu admiro-a muito, sinceramente

P 4: M O M.txt - 4:6 [Abençoada hora porque fez de m..] (41:41) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [Abençoada hora porque fez de m..]

No memos

Abençoada hora porque fez de mim outra pessoa.

P 4: M O M.txt - 4:23 [tenho dito à Dr.^a C. que foi u..] (155:156) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [tenho dito à Dr.^a C. que foi ..]

No memos

tenho dito à Dr.^a C.

que foi um deus que me apareceu

P 4: M O M.txt - 4:40 [E agora que o meu filho ia par..] (348:349) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos] [E agora que o meu filho ia par..]

No memos

E agora que o meu filho ia para Angola eu estava

desejosa de falar com ela. Eu estava desejosa de falar com ela.

P 5: M G M.txt - 5:12 [té tenho dito à dr.^a C. estou ..] (59:59) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.1.1 - Empatia] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [té tenho dito à dr.^a C. estou ..]

No memos

té tenho dito à dr.^a C. estou a ficar egoísta e vaidosa.

P 5: M G M.txt - 5:25 [Isto, fui aprendendo aqui.] (188:188) (Super)

Codes: [2.1.3 - Compreensão pelo sofrimentos]

No memos

Isto, fui aprendendo aqui.

P 5: M G M.txt - 5:32 [mas pronto temos assim, uma am..] (261:262) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [mas pronto temos assim, uma am..]

No memos

mas pronto temos assim,
uma amizade muito grande

P 6: S C.txt - 6:18 [A Dr.^a C. faz dum forma muito..] (449:449) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [A Dr.^a C. faz dum forma muito..]

No memos

A Dr.^a C. faz dum forma muito "sui generis": eu estava simplesmente a conversar

P 6: S C.txt - 6:25 [e tem sido uma viagem fantásti..] (488:488) (Super)

Codes: [2.1.1 - Empatia] [e tem sido uma viagem fantásti..]

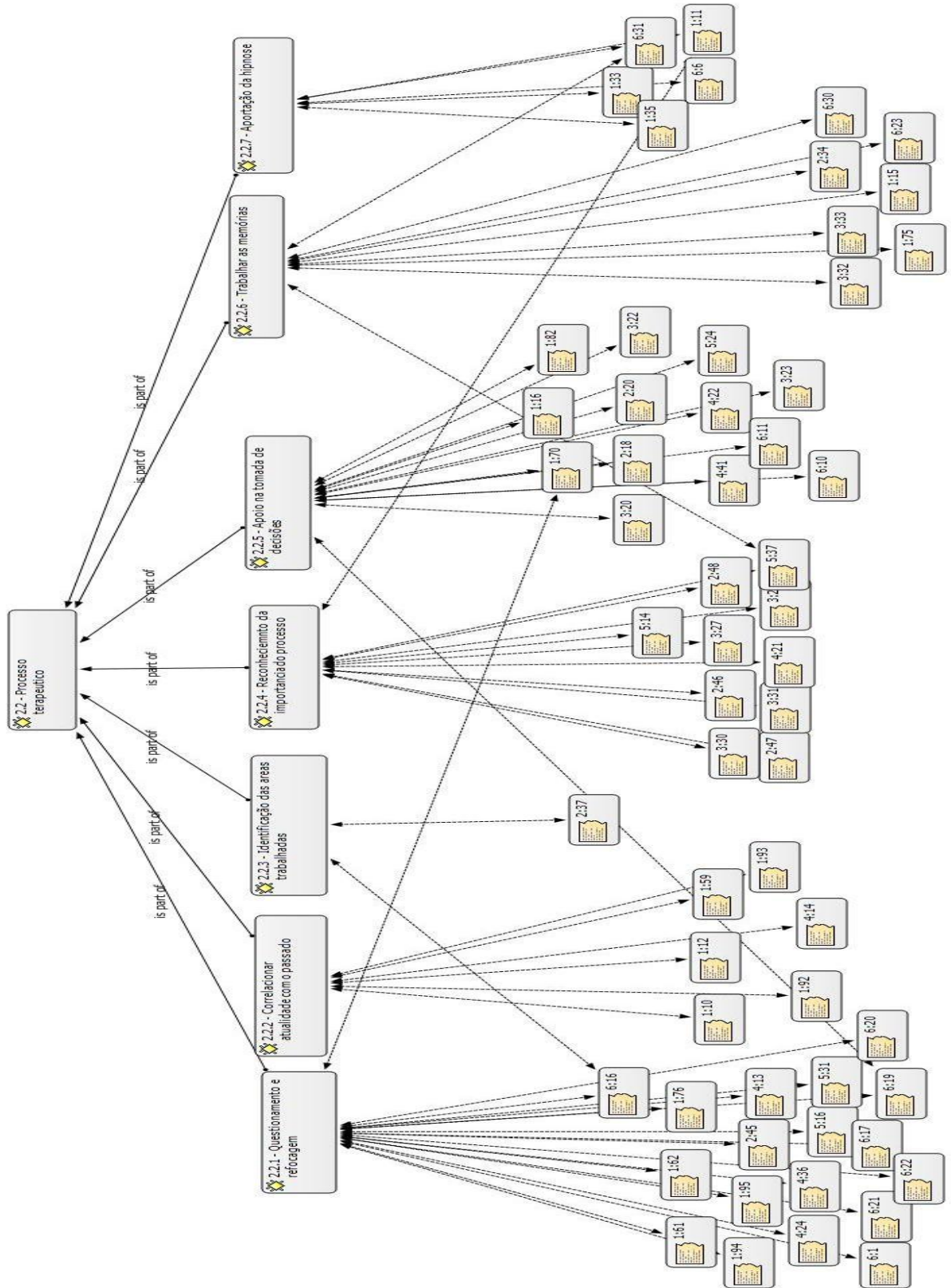
No memos

e tem sido uma viagem fantástica

Anexo I

Esquema e citações referentes aos códigos afetos á “Processo Terapêutico”

Esquema do Processo Terapêutico



2.2 - Processo Terapeutico

Report: 62 quotation(s) for 7 codes

HU: Tese v_2
File: [C:\Documents and Settings\Ritinha\Ambiente de trabalho\ATLAS TESE\Tese v_2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2012-10-17 09:15:22

Mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

2.2.1 - Questionamento e refocagem

2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado

2.2.3 - Identificação das áreas trabalhadas

2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo

2.2.5 - Apoio na tomada de decisões

2.2.6 - Trabalhar as memórias

2.2.7 - Aportação da hipnose

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:10 [eu faço a minha vida profissio..] (47:49) (Super)

Codes: [2.1 - Relação Terapeutica] [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [é muito gratificante para mim - Family: Relação terapeutica]

No memos

eu faço a minha vida profissional e penso que está tudo ultrapassado.
Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde,
já agora no tratamento de psicoterapia,

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:11 [Mas de facto esse choque nunca..] (48:50) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: maternidade] [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [2.2.7 - Aportação da hipnose] [2.3.1 - Aceitação do passado] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [choque - Family: Antecedentes: maternidade]

No memos

Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde,
já agora no tratamento de psicoterapia, relaxamento e hipnose (com o enfermeiro) é muito gratificante para mim,
embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente,

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:12 [embora tenha tido alturas do t..] (50:52) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [2.4 - Problematica Psico-emocional] [deprimida inicialmente, - Families (2): Procedimentos da terapeuta, Relação terapeutica]

No memos

embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente,
veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança,
adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:13 [veio-me dar uma força que vi, ..] (51:53) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [que as janelas que estavam fec.. - Families (2): Antecedentes: infantis/adolescencia, Antecedentes: maternidade]

No memos

veio-me dar uma força que vi, percebi, que as janelas que estavam fechadas na minha vida desde criança, adolescente e adulta elas não tinham sido fechadas.

Estavam entreabertas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:14 [dar uma força] (51:51) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [dar uma força - Family: Procedimentos da terapeuta]

No memos

dar uma força

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:15 [Ou seja eu consigo entrar em d..] (54:56) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [consigo rever-me]

No memos

Ou seja eu consigo entrar em diálogo com a minha mãe, consigo rever-me nos jardins que frequentávamos, consegui ver as roupinhas que me fazia e aos meus irmãos também

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:16 [vi qua a minha parte profissio..] (58:59) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [depois mais tarde consegui ver..]

No memos

vi qua a minha parte profissional que tinha que ter uma etapa mas havendo netos eu queria dedicar uma parte da minha vida aos meus netos.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:33 [Com a terapia com a Dra. C e o..] (176:178) (Super)

Codes: [2.2.7 - Aportação da hipnose] [Relaxamento físico e emocional]

No memos

Com a terapia com a Dra. C e o Enf. L (hipnose) eu entrei numa meditação que consigo fazer um relaxamento e consigo relaxar a parte emocional e muscular. De facto sintome bem e não tenho necessidade de fazer tanta medicação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:35 [é assim: quando comecei a ter..] (182:184) (Super)

Codes: [2.2.7 - Aportação da hipnose] [quando comecei a terapia era p..]

No memos

é assim: quando comecei a terapia era para ser diariamente, e até andava mais calma. Dizia C. hoje limpas só a sala e bem ou mal era só o que fazia e se estivesse pior deitava-me e fazia o relaxamento.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:59 [eu penso que na continuidade d..] (293:295) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [na continuidade das consultas]

No memos

eu penso que na continuidade das consultas com a Dra. C. me fui libertando e fui falando mais nas coisas a própria Dra. foi entrando num campo que me ficavam a trabalhar e sem querer eu sem querer eu fui percebendo que era esse campo que me estava a limitar muito mais e fui ficando mais

aberta (41:30)

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:61 [Dra. foi entrando num campo qu..] (294:294) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Dra. foi entrando num campo qu..]

No memos

Dra. foi entrando num campo que me ficavam a trabalhar

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:62 [eu fui percebendo] (295:295) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [eu fui percebendo]

No memos

eu fui percebendo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:70 [Isto de há 1 ano para cá. Daí ..] (342:343) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Isto de há 1 ano para cá. Daí ..]

No memos

Isto de há 1 ano para cá. Daí que houve necessidade de aprofundar esta situação com a Dra. C. porque aquilo que tínhamos conseguido ultrapassar de forma positivo da C. começou a haver um retrocesso.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:75 [andava em terapia com a Dra. C..] (358:359) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [andava em terapia]

No memos

andava em terapia com a Dra. C.
para tentar conciliar ali os tais sentimentos que ainda não voltaram ao arquivo.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:76 [Por vezes tenho a sensação que..] (360:361) (Super)

Codes: [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Por vezes tenho a sensação que..]

No memos

Por vezes tenho a sensação que já estou mais moderada e vou facilitar e compreender mais depois volta ao contrario

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:82 [C.: Já lhe disse também a ela ..] (448:448) (Super)

Codes: [1 - Egoísta] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [tornado um pouco egoísta]

No memos

C.: Já lhe disse também a ela que me tenho tornado um pouco egoísta

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:92 [ela vai captando e memorizando..] (522:522) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [ela vai captando e memorizando..]

No memos

ela vai captando e memorizando

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:93 [passado um tempo e noutra situ..] (523:524) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [passado um tempo e noutra situ..]

No memos

passado um tempo e noutra situação ela recorda situações relatadas anteriormente e recorda

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:94 [e confronta com contradição] (524:524) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [e confronta com contradição]

No memos

e confronta com contradição

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:95 [reforço da situação] (524:524) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [reforço da situação]

No memos

reforço da situação

P 2: C P.txt - 2:18 [A Dra. C. esteve a dar-me mont..] (168:170) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [A Dra. C. esteve a dar-me mont..]

No memos

A Dra. C. esteve a dar-me montes de ideias e se calhar eu pedir à minha amiga que me traga um Yorkshire (ri). Gosto imenso de animais.

P 2: C P.txt - 2:20 [Há ali uma pessoa que me enten..] (248:248) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Há ali uma pessoa que me enten..]

No memos

Há ali uma pessoa que me entende que me sabe dar toques sobre certas coisas

P 2: C P.txt - 2:34 [E durante a psicoterapia eu vi..] (370:370) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [E durante a psicoterapia eu vi..]

No memos

E durante a psicoterapia eu vi que a minha mãe não era a pessoa que eu esperava

P 2: C P.txt - 2:37 [Neste momento estamos a trabal..] (405:406) (Super)

Codes: [2.2.3 - Identificação das áreas trabalhadas] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Neste momento estamos a trabal..]

No memos

Neste momento estamos a trabalhar numa coisa muito importante que é aprender a gostar de mim. Auto-estima.

P 2: C P.txt - 2:45 [Mas sabe ao principio é muito ..] (595:595) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Mas sabe ao principio é muito ..]

No memos

Mas sabe ao principio é muito difícil esta coisa da psicoterapia

P 2: C P.txt - 2:46 [Porque nós contamos as histori..] (596:598) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimento da importância do processo] [Porque nós contamos as histori..]

No memos

Porque nós contamos as histórias todas mas depois é um sacrifício,

não percebemos bem porque é que estamos aqui.
Já contamos tudo mas de repente há como um click que começa ...

P 2: C P.txt - 2:47 [a Dr.ª diz-nos qq coisa que no..] (599:601) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [a Dr.ª diz-nos qq coisa que no..]

No memos

a Dr.ª diz-nos qq coisa que nos faz realmente pensar e é como se fosse uma parede que se parte e aí começamos a ver novos problemas e a ver o que realmente nos preocupa, novas formas de pensar

P 2: C P.txt - 2:48 [e esse é que é o momento a par..] (601:603) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [2.3 - Mudanças na psicoterapia] [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [e esse é que é o momento a par..]

No memos

e esse é que é o momento a partir do qual começamos a desejar vir toda as semanas à consulta porque descobrimos novas perspetivas para coisas que nunca tínhamos pensado nelas, para os nossos problemas nunca tínhamos pensado nelas

P 3: M L C.txt - 3:20 [ML: Fazia-me pensar! Falamos d..] (232:235) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Fazia-me pensar! Falamos dum a..]

No memos

ML: Fazia-me pensar! Falamos dum assunto como agora e de repente pergunta-me como é que eu achava que resolvia a situação. Às vezes não sei mesmo, outras vezes surge, dá o click e aparece, eu digo, parece que fazia assim, assim e ela ou melhor assado.

P 3: M L C.txt - 3:22 [ML: Eu não sei como é que é! S..] (240:242) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [ML: Eu não sei como é que é! S..]

No memos

ML: Eu não sei como é que é!
Só sei que de repente aparece uma solução!
É isso e mais interesse para continuar. E acredito que vou conseguir.

P 3: M L C.txt - 3:23 [Disse-me – isso tem tratamento..] (245:247) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Disse-me – isso tem tratamento..]

No memos

Disse-me - isso tem tratamento, faz favor de ir a outro médico.
E eu fui!
E graças a Deus há.

P 3: M L C.txt - 3:27 [JAAB: Mas estava à espera que ..] (277:280) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [AAB: Mas estava à espera que e..]

No memos

JAAB: Mas estava à espera que estes processos acontecessem?

ML: Nem esperava nada. Esperava ajuda, sem nada em concreto!
Nas primeiras consultas foi muito doloroso!

P 3: M L C.txt - 3:28 [ML: Eu nem sei contar. Só sei ..] (284:286) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [ML: Eu nem sei contar. Só sei ..]
No memos

ML: Eu nem sei contar.

Só sei que saía daqui toda a tremer e a chorar baba e ranho de todo o tamanho.

Outras vezes chorava aqui, chorava, chorava, mas vinha sempre cá!

P 3: M L C.txt - 3:30 [JAB: Mas as primeiras sessões ..] (294:296) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [JAB: Mas as primeiras sessões ..]
No memos

JAB: Mas as primeiras sessões disse que saiu muito triste e

ML: Triste e nervosa, difícil falar em situações muito complicadas.

P 3: M L C.txt - 3:31 [ML: Sim as mais dolorosas eram..] (300:301) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [ML: Sim as mais dolorosas eram..]
No memos

ML: Sim as mais dolorosas eram mais difíceis de contar.

Ia para casa e dizia: não volto. Porque a 1ª fase dói muito

P 3: M L C.txt - 3:32 [Voltava sempre. Queria era ter..] (305:305) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [Voltava sempre para arrumar]
No memos

Voltava sempre. Queria era ter aquilo tudo arrumado nas gavetinhas certas

P 3: M L C.txt - 3:33 [Importantes, eu não acho. Faze..] (314:314) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [gavetas arrumadinhas]
No memos

Importantes, eu não acho. Fazem parte. Pomos as gavetas arrumadinhas.

P 4: M O M.txt - 4:13 [Ajudou-me a ver as coisas dout..] (98:99) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Ajudou-me a ver as coisas dout..]
No memos

Ajudou-me a ver as coisas doutra maneira.

A encarar e a encaixar as coisas dentro de mim e que eu achava que não era possível

P 4: M O M.txt - 4:14 [Exatamente foi entendendo a ca..] (103:104) (Super)

Codes: [2.2.2 - Correlacionar atualidade com o passado] [Exatamente foi entendendo a ca..]
No memos

Exatamente foi entendendo a causa de muitas coisas e aceitando.

P 4: M O M.txt - 4:21 [MO: Ele sofria muito. Tinha o ..] (141:147) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [E uma altura disse, tenho que ..]
No memos

MO: Ele sofria muito. Tinha o meu filho que o fazia sofrer,

eu fazia sofrer. Tinha o meu neto que precisava de mim.
Tinha a minha irmã que dependia de mim.
E uma altura disse, tenho que seguir com esta terapia
em frente por que tenho muita gente a depender de mim.
E tenho que ter força para ir em frente.
Embora tenha os meus períodos mais complicados de precisar de chorara e desabafar.

P 4: M O M.txt - 4:22 [MO: Foi a pouco e pouco, comec..] (152:157) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [MO: Foi a pouco e pouco, comec..]
No memos

MO: Foi a pouco e pouco, comecei a falar aos bocadinhos.
E isso fez-me sentir bem até porque senti que ele gostava
e aceitava esta minha abertura.
Tem sido muito, muitotenho dito à Dr.^a C.
que foi um deus que me apareceu,
porque senão não teria sido possível.

P 4: M O M.txt - 4:24 [Ia para casa e ia pensando, te..] (163:165) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Ia para casa e ia pensando, te..]
No memos

Ia para casa e ia pensando, tenho que ter força,
tenho que ter coragem, tenho que me abrir com o meu marido,
temos que ter dialogo, temos que conversar.

P 4: M O M.txt - 4:36 [JAB: O que pensa e sente fala ..] (296:298) (Super)

Codes: [1 - Isolamento] [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [JAB: O que pensa e sente fala ..]
No memos

JAB: O que pensa e sente fala com a Dr.^a C. E para si faz-lhe sentido mesmo!

MO: Sim, faz sentido, faz!

P 4: M O M.txt - 4:41 [Precisava de desabafar porque ..] (360:363) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Precisava de desabafar porque ..]
No memos

Precisava de desabafar
porque havia de calhar ao meu filho esta ida.
Era para ir para Nova Lisboa e vai para Benguela
e deve ir depois para Nova Lisboa.

P 5: M G M.txt - 5:14 [MG: Ah isso ao principio foi o..] (90:92) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [MG: Ah isso ao principio foi o..]
No memos

MG: Ah isso ao principio foi o cabo dos trabalhos!
Era uma choradeira, chorava. Saía daqui parecia que me tinham batido.
Uma vergonha! Mas agora já não!

P 5: M G M.txt - 5:16 [MG: É assim, que também sou ge..] (105:107) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [MG: É assim, que também sou ge..]
No memos

MG: É assim, que também sou gente quase sempre falamos disso.
Do género contar o que se passou.
O que eles me dizem, os meus filhos. A maneira como reajo.

P 5: M G M.txt - 5:24 [JAB: O problema da dor também ..] (184:188) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [JAB: O problema da dor também ..]
No memos

JAB: O problema da dor também foi abordado nas psicoterapias?

MG: sim, sim! Quando me dói também..... mas comecei a pensar,
eh pá espera aí (12:27) atão só porque me dói, ai, ai, ainda dói mais.
Ela está aqui! Isto, fui aprendendo aqui.

P 5: M G M.txt - 5:31 [MG: As conversas fazem-me muit..] (252:259) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [MG: As conversas fazem-me muit..]
No memos

MG: As conversas fazem-me muito sentido!
Quando saio fico a pensar nas conversas!

JAB: Então é isso: fica a pensar

MG: Penso, penso! Sempre!
E na vez seguinte falamos do que pensei,
do que se passou e como eu agi!

P 5: M G M.txt - 5:37 [MG: Sim mas isso era ao princí..] (379:383) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimnto da importancia do processo] [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [MG: Sim mas isso era ao princí..]
No memos

MG: Sim mas isso era ao princípio.
Tinha aquelas choradeiras porque não queria falar disso
e queria por uma pedra.
Mas não foi mal voltar a lembrar e falar desses problemas passados.
Mas ao principio sim, choradeira que era um disparate.

P 6: S C.txt - 6:1 [Sou optima, digamos assim, e a..] (4:7) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [Sou optima, digamos assim, e a..]
No memos

Sou optima, digamos assim,
e a terapia tem sido um método de ajuda fantástico.
É como se me desse ferramentas e que
eu hoje em dia estou a utilizar.

P 6: S C.txt - 6:6 [estamos a trabalhar também com..] (70:71) (Super)

Codes: [2.2.7 - Aportação da hipnose]
No memos

estamos a trabalhar também com a hipnose nesse sentido
deixei de utilizar qq tipo de analgésicos,

P 6: S C.txt - 6:10 [e sei que a Dr.^a quase me obri..] (117:118) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões]

No memos

e sei que a Dr.^a quase me obrigou, digamos assim,
voltar para a dança

P 6: S C.txt - 6:11 [e ela estimulou que fizesse ma..] (130:131) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões]

No memos

e ela estimulou que fizesse mais vezes que voltasse em força
e me entregasse a qq coisa que gostasse!

P 6: S C.txt - 6:16 [SC: Não, se calhar trabalhamos..] (393:394) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [2.2.3 - Identificação das areas trabalhadas] [SC: Não, se calhar trabalhamos..]

No memos

SC: Não, se calhar trabalhamos primeiro a confiança
e depois trabalhamos a tolerância

P 6: S C.txt - 6:17 [SC: Eu não sabia que estava em..] (448:450) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [SC: Eu não sabia que estava em..]

No memos

SC: Eu não sabia que estava em terapia.

A Dr.^a C. faz duma forma muito "sui generis": eu estava simplesmente a conversar.

Eu vinha todas as semanas para conversar aqui.

P 6: S C.txt - 6:19 [Não a Dr.^a C. parava e "então ..] (461:464) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [Não a Dr.^a C. parava e "então ..]

No memos

Não a Dr.^a C. parava e "então conte-me
lá e tal o que a pensou ou a levou a pensar em fazer isso?
E as coisas acabavam por se ir soltando.
Eu não me apercebia da informação que lhe dava.

P 6: S C.txt - 6:20 [JAB: Mas depois quando fazia e..] (466:469) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [JAB: Mas depois quando fazia e..]

No memos

JAB: Mas depois quando fazia essas perguntas
e a SC refletia nelas alargava a sua forma de pensar

SC: Claro aí eu parava para pensar!

P 6: S C.txt - 6:21 [A Dr.^a C. fazia-me parar para ..] (470:470) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [A Dr.^a C. fazia-me parar para ..]

No memos

A Dr.^a C. fazia-me parar para pensar!

P 6: S C.txt - 6:22 [O que é que fez com que tu qui..] (471:472) (Super)

Codes: [2.2.1 - Questionamento e refocagem] [O que é que fez com que tu qui..]

No memos

O que é que fez com que tu quisesses fazer isso realmente?

Eu ia mesmo parar ia lá atrás e explicava e ela devolvia-me da maneira correta.

P 6: S C.txt - 6:23 [E acabou por ser um desafio po..] (478:480) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [E acabou por ser um desafio po..]

No memos

E acabou por ser um desafio

porque acabamos por ir ao nosso interior

e acabamos por nos conhecer melhor

P 6: S C.txt - 6:30 [SC: Achei! A parte em que toca..] (679:681) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [SC: Achei! A parte em que toca..]

No memos

SC: Achei! A parte em que tocava a minha infância

e as minhas perdas pessoais era qq coisa que estava lá tão bem escondida,

tão bem fechada que não podia abrir. E foi doloroso

P 6: S C.txt - 6:31 [Foi uma viagem ao seu interior..] (689:692) (Super)

Codes: [2.2.6 - Trabalhar as memórias] [2.2.7 - Aportação da hipnose] [Foi uma viagem ao seu interior..]

No memos

Foi uma viagem ao seu interior, mas acompanhada pela Dr.^a C.?

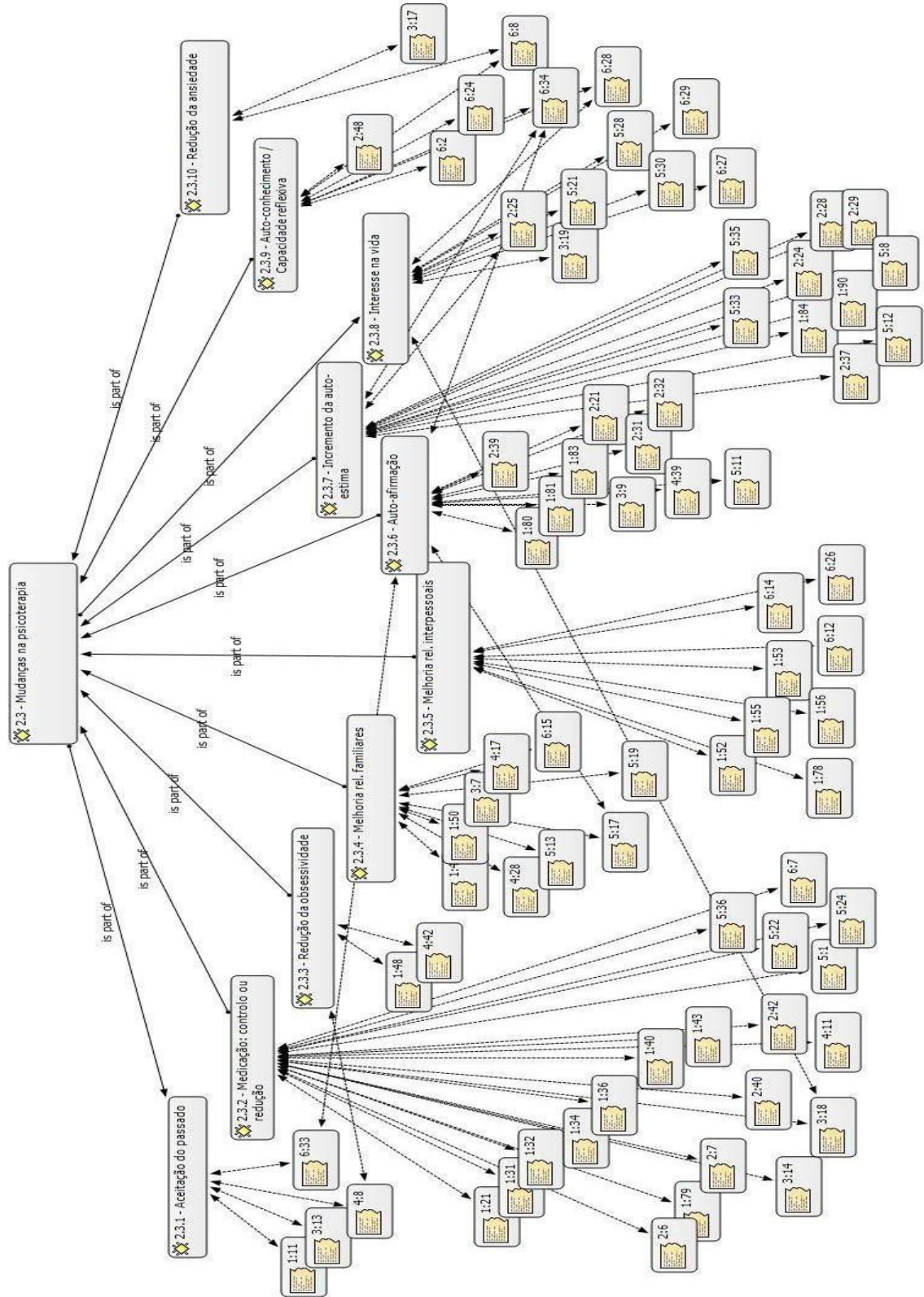
SC: Pela Dr.^a C. e pelo enfermeiro (Hipno terapeuta)

mas ao princípio resisti!

Anexo J

Esquema e cotações referentes aos códigos afetos á “Mudança na Psicoterapia”

Esquema das Mudanças na Psicoterapia



2.3 - Mudanças na Psicoterapia

Report: 77 quotation(s) for 10 codes

HU: Tese v_2
File: [C:\Documents and Settings\Ritinha\Ambiente de trabalho\ATLAS TESE\Tese v_2.hpr7]
Edited by: Super
Date/Time: 2012-10-17 16:12:46

Mode: quotation list names and references

Quotation-Filter: All

2.3.1 - Aceitação do passado

2.3.2 - Medicação: controlo ou redução

2.3.3 - Redução da obsessividade

2.3.4 - Melhoria rel. familiares

2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais

2.3.6 - Auto-afirmação

2.3.7 - Incremento da auto-estima

2.3.8 - Interesse na vida

2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva

2.3.10 - Redução da ansiedade

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:11 [Mas de facto esse choque nunca..] (48:50) (Super)

Codes: [1 - Antecedentes: maternidade] [2.2.4 - Reconhecimento da importância do processo] [2.2.7 - Aportação da hipnose] [2.3.1 - Aceitação do passado] [2.4 - Problemática Psico-emocional] [choque - Family: Antecedentes: maternidade]
No memos

Mas de facto esse choque nunca foi ultrapassado e mais tarde, já agora no tratamento de psicoterapia, relaxamento e hipnose (com o enfermeiro) é muito gratificante para mim, embora tenha tido alturas do tratamento de sair um bocado deprimida inicialmente,

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:21 [porque me fui disciplinando po..] (145:145) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [porque me fui disciplinando]
No memos

porque me fui disciplinando porque eu era uma pessoa muito indisciplinada

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:31 [aprendi na Psicologia que não ..] (172:172) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [aprendi na Psicologia que não ..]
No memos

aprendi na Psicologia que não pode ser assim

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:32 [e chego a não tomar nenhum com..] (174:175) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [e chego a não tomar nenhum com..]

No memos

e chego a não tomar nenhum comprimido
porque prefiro até descansar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:34 [De facto sintome bem e não ten..] (178:178) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [não tenho necessidade de fazer..]

No memos

De facto sintome bem e não tenho necessidade de fazer tanta medicação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:36 [andava mais calma] (182:182) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [andava mais calma]

No memos

andava mais calma

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:40 [as regras que têm que não tinh..] (185:185) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [as regras que têm que não tinh..]

No memos

as regras que têm que não tinha

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:43 [Mas pronto tem sido neste aspe..] (188:188) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]

No memos

Mas pronto tem sido neste aspeto que me tem ajudado muito.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:48 [já consigo estar desde há 1 an..] (202:202) (Super)

Codes: [2.3.3 - Redução da obsessividade] [já consigo estar desde há 1 an..]

No memos

já consigo estar desde há 1 ano consigo estar 3 a 4 meses sem aquela coisa que eu tenho de estar ao pé dos meus netos

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:49 [compreender que os meus netos ..] (203:203) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [compreender que os meus netos ..]

No memos

compreender que os meus netos têm pais

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:50 [pais têm todo o direito de lhe..] (203:203) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [pais têm todo o direito de lhe..]

No memos

pais têm todo o direito de lhes dar a formação.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:52 [As mudanças que eu senti neste..] (279:279) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [As mudanças que eu senti]

No memos

As mudanças que eu senti neste tempo foi respeitar um bocadinho mais o próximo

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:53 [Ou seja no aspecto eu muitas v..] (280:280) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [não encontrar aquele meio term..]

No memos

Ou seja no aspecto eu muitas vezes quero ter só eu a razão e não encontrar aquele meio termo de ouvir e escutar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:55 [tenho de dar espaço às outras ..] (281:281) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [tenho de dar espaço às outras ..]

No memos

tenho de dar espaço às outras pessoas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:56 [aquele maio termo que eu não t..] (283:283) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [aquele maio termo que eu não t..]

No memos

aquele maio termo que eu não tinha

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:78 [Avançou com a com a Dra C. o r..] (415:415) (Super)

Codes: [1 - Problemática relacional] [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [Avançou com a com a Dra C. o r..]

No memos

Avançou com a com a Dra C. o reconhecimento da necessidade de tomar mais atenção às pessoas

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:79 [Reparou se essa atitude teve r..] (417:419) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [reflexos nas suas dores C.: Mu..]

No memos

Reparou se essa atitude teve reflexos nas suas dores

C.: Muito mais calmas. Isso não tenha a menor dúvida

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:80 [Era exigente mas não era agres..] (424:425) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [Era exigente mas não era agres..]

No memos

Era exigente mas não era agressiva. Mas neste momento a nível de magoar, nomeadamente o meu marido, eu sou agressiva

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:81 [Porque o que me disse foi: eu ..] (440:444) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [eu até era boazinha mas agora ..]

No memos

Porque o que me disse foi: eu até era boazinha mas agora sou pior portanto a psicoterapia que me estava a fazer bem, agora faz-me mal. Foi o que me disse.

C.: Pois foi!

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:83 [Portanto tornei-me mesmo agres..] (488:491) (Super)

Codes: [1 - Agressividade] [1 - Auto-estima] [1 - Duvidas sobre o resultado da terapia] [1 - Problematica relacional] [1 - Relação com o marido] [2.3.6 - Auto-afirmação] [Portanto tornei-me mesmo agres..]

No memos

Portanto tornei-me mesmo agressiva, se calhar para o lado positivo, mas também para ele compreender. Aqui que o filho lhe poderia ter dito, não lhe dizia, porque ele foi habituado a ser posso, quero e mando, e teve que mudar.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:84 [Exatamente. Mais auto-estima (..) (501:502) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Exatamente. Mais auto-estima (..)]

No memos

Exatamente. Mais auto-estima (05:23) e pela 1ª vez entendi que devia gostar de mim própria, coisa que nunca tinha gostado.

P 1: Entrevista C V L - Cópia.txt - 1:90 [sentimento de maior auto-estim..] (516:516) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [sentimento de maior auto-estim..]

No memos

sentimento de maior auto-estima

P 2: C P.txt - 2:6 [Já fui medicada pela dor mas a..] (32:32) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [Já fui medicada pela dor mas a..]

No memos

Já fui medicada pela dor mas agora não.

P 2: C P.txt - 2:7 [Já sei o que devo tomar quando..] (33:34) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]

No memos

Já sei o que devo tomar quando estou com aquelas dores mais horrorosas, já sei o que devo fazer.

P 2: C P.txt - 2:21 [Eu aprendi a dizer não. Não sa..] (249:250) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [Eu aprendi a dizer não. Não sa..]

No memos

Eu aprendi a dizer não. Não sabia dizer não a ninguém!
Eu aprendi a saber dizer não.

P 2: C P.txt - 2:24 [Gostar mais de mim.] (267:267) (Super)

Codes: [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Gostar mais de mim.]

No memos

Gostar mais de mim.

P 2: C P.txt - 2:25 [aprender a que gostar de mim p..] (268:268) (Super)

Codes: [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [2.3.8 - Interesse na vida] [aprender a que gostar de mim p..]
No memos

aprender a que gostar de mim posso fazer outras coisas

P 2: C P.txt - 2:28 [eu comecei com a ajuda da Dra...] (280:280) (Super)

Codes: [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [eu comecei com a ajuda da Dra...]
No memos

eu comecei com a ajuda da Dra. C. a apreciar o que há de bom em mim

P 2: C P.txt - 2:29 [Começou a ter mais auto-estima..] (284:286) (Super)

Codes: [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Começou a ter mais auto-estima..]
No memos

Começou a ter mais auto-estima?

CP: Sim

P 2: C P.txt - 2:31 [E eu disse epá mas o direito n..] (340:340) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [E eu disse epá mas o direito n..]
No memos

E eu disse epá mas o direito não é igual também podes telefonar, não pagas nada como eu.

P 2: C P.txt - 2:32 [Ele ficou assim engasgado, não..] (341:342) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [Ele ficou assim engasgado, não..]
No memos

Ele ficou assim engasgado, não esperava que eu lhe respondesse porque se fosse noutra altura eu não tinha respondido.

P 2: C P.txt - 2:37 [Neste momento estamos a trabal..] (405:406) (Super)

Codes: [2.2.3 - Identificação das areas trabalhadas] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Neste momento estamos a trabal..]
No memos

Neste momento estamos a trabalhar numa coisa muito importante que é aprender a gostar de mim. Auto-estima.

P 2: C P.txt - 2:39 [Talvez quando está um grupo gr..] (411:412) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [Talvez quando está um grupo gr..]
No memos

Talvez quando está um grupo grande tinha muita timidez e agora já me aproximo.

P 2: C P.txt - 2:40 [JAB: e as dores? Consegue cont..] (570:572) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]
No memos

JAB: e as dores? Consegue controlar?

CP: Consigo controlar. Ainda agora estávamos a rir

P 2: C P.txt - 2:42 [CP: Consigo controlar. Ainda a..] (572:578) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]

No memos

CP: Consigo controlar. Ainda agora estávamos a rir que eu nunca tive uma análise negativa de urina assética. Era sempre positivas e com uns bichinhos daqueles tramados. Fui buscar a semana passada um análise que fiz de urina assética e vem negativa. E disse à Dr.^a C. que se deviam ter enganado porque nunca tive uma análise negativa. E disse a uma amiga que trabalha no laboratório e ela disse em ti é um bocado difícil. É porque tu andas melhor!

P 2: C P.txt - 2:48 [e esse é que é o momento a par..] (601:603) (Super)

Codes: [2.2.4 - Reconhecimento da importancia do processo] [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [e esse é que é o momento a par..]

No memos

e esse é que é o momento a partir do qual começamos a desejar vir toda as semanas à consulta porque descobrimos novas perspetivas para coisas que nunca tínhamos pensado nelas, para os nossos problemas nunca tínhamos pensado nelas

P 3: M L C.txt - 3:7 [Talvez falar da minha relação ..] (82:83) (Super)

Codes: [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [Talvez falar da minha relação ..]

No memos

Talvez falar da minha relação com a minha tia que era muito difícil e ao falar com a Dra. C. melhorou bastante.

P 3: M L C.txt - 3:9 [Claro. Digo-lhe coisas que nun..] (107:107) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [Claro. Digo-lhe coisas que nun..]

No memos

Claro. Digo-lhe coisas que nunca lhe teria dito

P 3: M L C.txt - 3:13 [A relação com o pai do meu fil..] (135:136) (Super)

Codes: [2.3.1 - Aceitação do passado] [A relação com o pai do meu fil..]

No memos

A relação com o pai do meu filho. Não relação mas a aceitar as coisas que me fez.

P 3: M L C.txt - 3:14 [Agora é tudo normal!!!! Eu ago..] (152:153) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [Agora é tudo normal!!!! Eu ago..]

No memos

Agora é tudo normal!!!!
Eu agora apesar de ter dores é tudo normal.

P 3: M L C.txt - 3:17 [AB: Neste processo de psicoter..] (176:178) (Super)

Codes: [2.3.10 - Redução da ansiedade] [AB: Neste processo de psicoter..]

No memos

AB: Neste processo de psicoterapia reduz-lhe a ansiedade e as crises associadas??

ML: É, É! O nr. de crises baixou.

P 3: M L C.txt - 3:18 [ML: Foi-me dando força para ir..] (221:222) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [2.3.8 - Interesse na vida] [Tratar da saúde]

No memos

ML: Foi-me dando força para ir, objetivos,
ir às consultas, ia estando cada vez melhor...

P 3: M L C.txt - 3:19 [Interesse em viver. Embora não..] (226:227) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [Interesse em viver. Embora não..]

No memos

Interesse em viver.

Embora não quisesse morrer mas estava apagada

P 4: M O M.txt - 4:8 [As coisas começaram a melhorar..] (45:46) (Super)

Codes: [2.3.1 - Aceitação do passado] [2.3.3 - Redução da obsessividade] [As coisas começaram a melhorar..]

No memos

As coisas começaram a melhorar se estiver 2 ou 3 dias de lá ir aguento
mas aquela necessidade de ir que eu tinha aquela angustia já não tenho!

P 4: M O M.txt - 4:11 [Olhe mudei muito! A minha dor ..] (90:90) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [Olhe mudei muito! A minha dor ..]

No memos

Olhe mudei muito! A minha dor mudou muito!

P 4: M O M.txt - 4:17 [Hoje não! Procuramos 1 ao outr..] (109:110) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [Hoje não! Procuramos 1 ao outr..]

No memos

Hoje não! Procuramos 1 ao outro e até parece
que estamos a viver um namoro

P 4: M O M.txt - 4:28 [E essa parte foi também um boc..] (188:189) (Super)

Codes: [1 - Relação com o marido] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [E essa parte foi também um boc..]

No memos

E essa parte foi também um bocadinho difícil
mas consegui lá chegar!

P 4: M O M.txt - 4:39 [Eu jamais era capaz de falar c..] (342:346) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [Eu jamais era capaz de falar c..]

No memos

Eu jamais era capaz de falar com alguém
sobre o problema da sexualidade!
Jamais seria capaz!
Para mim era um bicho de 7 cabeças, era um tabu!
Eu chegar lá (aqui) veja lá o que mudou!

P 4: M O M.txt - 4:42 [Eu tinha que ir todos os dias ..] (44:46) (Super)

Codes: [2.3.3 - Redução da obsessividade]

No memos

Eu tinha que ir todos os dias ao cemitério, nem que fosse à noite.
As coisas começaram a melhorar se estiver 2 ou 3 dias de lá ir aguento
mas aquela necessidade de ir que eu tinha aquela angustia já não tenho!

P 5: M G M.txt - 5:1 [Que medicação está a tomar? MG..] (2:4) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [Que medicação está a tomar? MG..]

No memos

Que medicação está a tomar?

MG: Nada absolutamente nada!

P 5: M G M.txt - 5:8 [a conversa com a Dr.^a C. tem-m..] (41:42) (Super)

Codes: [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [a conversa com a Dr.^a C. tem-m..]

No memos

a conversa com a Dr.^a C. tem-me estado a abrir a pestana
que eu sou gente também!

P 5: M G M.txt - 5:11 [JAB: Houve uma mudança MG: Com..] (56:58) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.6 - Auto-afirmação] [JAB: Houve uma mudança MG: Com..]

No memos

JAB: Houve uma mudança

MG: Começar a valorizar-me

P 5: M G M.txt - 5:12 [té tenho dito à dr.^a C. estou ..] (59:59) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.1.1 - Empatia] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [té tenho dito à dr.^a C. estou ..]

No memos

té tenho dito à dr.^a C. estou a ficar egoísta e vaidosa.

P 5: M G M.txt - 5:13 [MG: Eh pá espera aí, ninguém m..] (80:85) (Super)

Codes: [1 - Relação com os filhos] [2.3.4 - Melhor rel. familiares] [MG: Eh pá espera aí, ninguém m..]

No memos

MG: Eh pá espera aí, ninguém me dá o devido valor?
Nã! Então esta consulta tem-me aberto a pestana com a Dr.^a C.
sabe, eh pá , não pode ser só coitados.
Coitados o quê, eles não querem saber,
eles não se preocupam!
Porque me tenho que preocupar com eles?

P 5: M G M.txt - 5:17 [Antigamente calava e chorava. ..] (108:110) (Super)

Codes: [1 - Relação com os filhos] [2.3.4 - Melhor rel. familiares] [2.3.6 - Auto-afirmação] [Antigamente calava e chorava. ..]

No memos

Antigamente calava e chorava.

Mas não eu não tenho que me calar, sou igual a eles,
sou eu que os sustento, e eles não vêm assim.

P 5: M G M.txt - 5:19 [Ainda há dias tivemos 1 conver..] (129:130) (Super)

Codes: [1 - Relação com os filhos] [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [Ainda há dias tivemos 1 conver..]

No memos

Ainda há dias tivemos 1 conversas e fiquei toda contente.

Ainda bem que às vezes notam que são brutos mesmo!

P 5: M G M.txt - 5:21 [Antigamente chorava, ficava tr..] (149:150) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [Antigamente chorava, ficava tr..]

No memos

Antigamente chorava, ficava triste. Agora não!

Até saio, tenho um grupo de amigos, saímos à noite: divertir-me.

P 5: M G M.txt - 5:22 [JAB: Mas agora em termos de do..] (170:176) (Super)

Codes: [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [JAB: Mas agora em termos de do..]

No memos

JAB: Mas agora em termos de dor, como é que

MG: Doí-me. Doí-me! Sabe

JAB: Mas não toma nada

MG: Não! Não entra aqui nada para as dores!

P 5: M G M.txt - 5:24 [JAB: O problema da dor também ..] (184:188) (Super)

Codes: [2.2.5 - Apoio na tomada de decisões] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [JAB: O problema da dor também ..]

No memos

JAB: O problema da dor também foi abordado nas psicoterapias?

MG: sim, sim! Quando me dói também..... mas comecei a pensar,
eh pá espera aí (12:27) atão só porque me dói, ai, ai, ainda dói mais.
Ela está aqui! Isto, fui aprendendo aqui.

P 5: M G M.txt - 5:28 [JAB: Dentro desde processo hav..] (234:237) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida]

No memos

JAB: Dentro desde processo havia alguma outra coisa ...

MG: Eu também tinha medo do futuro.

Um dia de cada vez!

P 5: M G M.txt - 5:30 [JAB: Mas como deixou de sofrer..] (246:248) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [JAB: Mas como deixou de sofrer..]

No memos

JAB: Mas como deixou de sofrer por antecipação?

MG: É as conversas com a Dr.^a

P 5: M G M.txt - 5:33 [Dr.^a estou a ficar muito egoís..] (264:267) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Dr.^a estou a ficar muito egoís..]
No memos

Dr.^a estou a ficar muito egoísta e muito vaidosa.
Eu preciso de roupa, andava com roupa remendada,
eu não preciso disso, ou outros não andam lá em casa,
porque é que eu tenho que andar?

P 5: M G M.txt - 5:35 [Eu consigo tudo.] (301:301) (Super)

Codes: [1 - Auto-estima] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [Eu consigo tudo.]
No memos

Eu consigo tudo.

P 5: M G M.txt - 5:36 [A dor e raios partam a dor e d..] (320:324) (Super)

Codes: [1 - Patologia Clínica] [2.3 - Medicação] [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução] [A dor e raios partam a dor e d..]
No memos

A dor e raios partam a dor e dói e dói e dói e ... j
á não dói que eu não quero que doa!
Não admito que ela doa assim, mas esta dor
sinceramente não merece a minha atenção. (23:03) percebe!
Mas há alturas que fico desesperada com a dor.

P 6: S C.txt - 6:2 [SC: Eu hoje em dia baseio-me a..] (11:18) (Super)

Codes: [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [SC: Eu hoje em dia baseio-me a..]
No memos

SC: Eu hoje em dia baseio-me antes de tomar qq atitude
independentemente de a nível físico,
doença operações ou outros,
agarro é como se tivesse ali um saco cheio de ferramentas
e penso: qual é que é a melhor para eu utilizar aqui!
Ok eu vou buscar esta ou preciso aquela
e consigo ultrapassar com mais facilidade
e se calhar mais corretamente,

P 6: S C.txt - 6:7 [nessa altura é que percebi que..] (73:78) (Super)

Codes: [2.3.2 - Medicação: controlo ou redução]
No memos

nessa altura é que percebi
que a terapia estava a fazer efeito:
ao baixarem a medicação (05:13) eu pensava
que ia reaparecer tudo outra vez
e que não ia ficar bem, que o meu filho não ia passar bem,
não pensei nada disso!

P 6: S C.txt - 6:8 [Ainda hoje estava a dizer à Dr..] (81:85) (Super)

Codes: [2.3.10 - Redução da ansiedade] [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [Ainda hoje estava a dizer à Dr..]
No memos

Ainda hoje estava a dizer à Dr.^a
consigo ir lá ao saco das ferramentas
e pensar esta é a mais certa para aquele episódio,
esta é a mais certa para aquele,
e não me sinto angustiada.

P 6: S C.txt - 6:12 [aqui refere "tolerante com os ..] (299:300) (Super)

Codes: [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [aqui refere "tolerante com os ..]

No memos

aqui refere "tolerante com os outros".
Aqui refere como processo de mudança na psicoterapia.

P 6: S C.txt - 6:14 [Na psicoterapia tive que apren..] (334:337) (Super)

Codes: [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [Na psicoterapia tive que apren..]

No memos

Na psicoterapia tive que aprender a não omitir às pessoas
que precisava de ajuda, tive que aprender a tolerar as pessoas
que quando diziam coitadinha não era no sentido "prejudicativo",
nem tenho pena nem de nem de, é como se as pessoas estivessem solidarias .

P 6: S C.txt - 6:15 [SC: Se calhar ajudou ???o casa..] (366:368) (Super)

Codes: [2.3.4 - Melhoria rel. familiares] [SC: Se calhar ajudou ???o casa..]

No memos

SC: Se calhar ajudou ???o casamento,
porque me estava a afastar nitidamente porque para mim eu era um fardo
e as pessoas não tinham que andar comigo atrás. Percebe?

P 6: S C.txt - 6:24 [SC: Exatamente. E acabou por s..] (478:484) (Super)

Codes: [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [E essa aceitação é um crescime..]

No memos

SC: Exatamente. E acabou por ser um desafio
porque acabamos por ir ao nosso interior
e acabamos por nos conhecer melhor
e perceber que se calhar podemos fazer ?????
e se calhar podemos fazer coisas ??? .
E essa aceitação é um crescimento, pessoal e como qq crescimento
a meu ver é sempre favorável, tem coisas positivas e negativas

P 6: S C.txt - 6:26 [SC: Hoje em dia consigo impor-..] (508:514) (Super)

Codes: [2.3.5 - Melhoria rel. interpessoais] [SC: Hoje em dia consigo impor-..]

No memos

SC: Hoje em dia consigo impor-me, estou lá para eles,
mas eles já me conhecem e
"olha, antes de perguntares estou bem obrigada" percebe?
é como se dissesse "embora lá mas antes de perguntares
eu já te estou a responder" e já consigo ???.
Para outros e quando chega aquela fase em que acho
que me estão a usar outra vez, desligo outra vez!

P 6: S C.txt - 6:27 [SC: Antes da terapia eu não eq..] (563:564) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [SC: Antes da terapia eu não eq..]
No memos

SC: Antes da terapia eu não equacionava longevidade
como qualidade!

P 6: S C.txt - 6:28 [SC: É óbvio! Se eu não consegu..] (603:607) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva] [SC: É óbvio! Se eu não consegu..]
No memos

SC: É óbvio! Se eu não conseguindo ser mais tolerante,
ter mais confiança, estava mais ausente,
eu continuava a viver no meu mundo, digamos assim!
Está melhor, muito melhor!
Mas se calhar não fazia planos e hoje já faço!

P 6: S C.txt - 6:29 [Há 2 caminhos: ou era consumid..] (672:674) (Super)

Codes: [2.3.8 - Interesse na vida] [Há 2 caminhos: ou era consumid..]
No memos

Há 2 caminhos: ou era consumida,
e não vivia ou aprendia a não me consumir.
E é muito melhor, muito melhor!

P 6: S C.txt - 6:33 [SC: Pois e eu não tinha aceita..] (706:710) (Super)

Codes: [2.3.1 - Aceitação do passado] [2.3.6 - Auto-afirmação] [SC: Pois e eu não tinha aceita..]
No memos

SC: Pois e eu não tinha aceitado ainda essas perdas
e escondia-me de trás da minha conchinha
e hoje em dia já não estou atrás da concha,
estou à frente da concha!
Mas se me disser, consegui ultrapassar completamente, não!

P 6: S C.txt - 6:34 [Estou bem não consigo crescen..] (722:725) (Super)

Codes: [2.3.6 - Auto-afirmação] [2.3.7 - Incremento da auto-estima] [2.3.9 - Auto-conhecimento / Capacidade reflexiva]
[Estou bem não consigo crescen..]
No memos

Estou bem não consigo acrescentar a não seu reafirmar
que hoje em dia estou muito melhor e me sinto uma mulher
como um todo e espero continuar a crescer como mulher
e estar bem comigo e com os outros!