



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

O Psicodrama como
abordagem psicoterapêutica à Alexitimia:
Espontaneidade e Alexitimia
em pacientes com Lupus

VERA MÓNICA NUNES VALÉRIO BATISTA

Orientador de Dissertação:
PROF. DR. ANTÓNIO MENDES PEDRO

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROF. DR. ANTÓNIO MENDES PEDRO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Dr. António Mendes Pedro, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

A todos os que me habitam.

“Eu tenho e não tenho

Ando assim, que sorte

Ando em meias tintas

Nem fraco nem forte”

Gaiteiros de Lisboa, 2006

“Cada um de nós é um autor e actor que pode produzir drama ao seu próprio estilo. O método psicodramático realizou essa revolução de duas maneiras: por um lado, afastando-se de certas conservas culturais, as conservas teatrais, e desenvolvendo uma nova fé no factor de espontaneidade – a aptidão para criar um status nascendi; e, por outro lado, voltando a atenção de cada homem para o seu próprio mundo privado, seu corpo e gestos, suas recordações pessoais e experiências quotidianas, em toda a sua singularidade, das quais ele é o melhor informante. Cada homem é o melhor agente para retratar-se a si mesmo e para dramatizar a sua situação vital.” Jacob Levy Moreno, 1946

Resumo

A alexitimia tem sido reconhecida como um factor de risco para alguns problemas de saúde, psiquiátricos ou comportamentais que são influenciados pelas perturbações na regulação dos afectos. Frequentemente tida como imutável, são escassos os estudos acerca de abordagens psicoterapêuticas de sucesso com pacientes alexitímicos. Na literatura, coloca-se a hipótese de que intervenções que encorajem mais a atenção às experiências internas possam resultar numa menor alexitimia. O psicodrama, por via da espontaneidade, promove a vivência dessas experiências, trazendo o corpo para a terapia. Numa proposta recente, David A. Kipper reformula o psicodrama como uma terapia pela acção de reintegração experiencial (ERAT), numa abordagem emocional correctiva. O **objectivo** deste estudo é fundamentar a abordagem psicodramática na alexitimia através de um estudo empírico. O **método** constituiu-se por um estudo correlacional entre alexitimia e espontaneidade, recorrendo aos instrumentos Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) e Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R). Procedeu-se à adaptação do SAI-R para a língua portuguesa. A amostra é caracterizada por 84 pacientes com lupus. Com os **resultados** obtidos constatou-se, na amostra, a prevalência de elevada alexitimia e uma correlação negativa entre os valores obtidos na TAS-20 e no SAI-R. Na **discussão** argumenta-se que a alexitimia parece correlacionar-se negativamente com a intensidade de sentimentos e pensamentos relativos à espontaneidade. O psicodrama, acedendo a esta intensidade, poderá aceder à identificação e reintegração de experiências traumáticas, bem como ao desenvolvimento da capacidade imagética, apresentando-se como uma abordagem psicoterapêutica potencialmente promissora na alexitimia.

Abstract

Alexithymia has been known as a risk factor for some health, psychiatric or behavioral problems that are influenced by disordered affect regulation. Often deemed immutable, few are the studies on successful psychotherapeutic approaches with alexithymic patients. In the literature, has been considered the hypothesis that treatments that encourage greater attention to internal experience may result in less alexithymia. Psychodrama, through spontaneity, promotes living those internal experiences, by bringing the body to therapy. Recently, David A. Kipper proposes the reformulation of psychodrama as an experiential reintegration action therapy (ERAT), a corrective emotional approach. The **objective** of this study is to support the psychodramatic approach in alexithymia through an empirical study. The **method** was formed by a correlational study between alexithymia and spontaneity, using Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) and Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) as instruments. SAI-R adaptation was made for portuguese language. The sample is characterized by 84 patients with lupus. The **results** achieved in this sample showed the prevalence of high levels of alexithymia and a negative correlation between the scores obtained on TAS-20 and SAI-R. In the **discussion** is argued that alexithymia seems to be negatively correlated with the intensity of spontaneous feelings and thoughts. Psychodrama, by accessing this intensity, may be able to access the identification and reintegration of traumatic experiences, as well as the development of imagetic capacity, showing up as a potentially promising psychotherapeutic approach.

Índice

	Pág.
Introdução	8
Alexitimia	9
Proposta psicanalítica de Joyce McDougall	12
Psicodrama	17
Espontaneidade	23
Psicodrama como abordagem psicoterapêutica	26
Lupus	30
Método	31
Amostra	31
Instrumentos	32
Procedimento	34
Resultados	36
Discussão	37
Referências Bibliográficas	44
Anexos	51
Anexo 1 – Instrumento TAS-20	52
Anexo 2 – Instrumento SAI-R (versão adaptada)	53
Anexo 3 – Carta de consentimento informado à Associação de Doentes com Lupus (ADL)	54
Anexo 4 – Solicitação da ADL de colaboração no estudo	55
Anexo 5 – Apresentação do estudo aos participantes	56
Anexo 6 – Carta de consentimento informado aos participantes	57
Anexo 7 – Formulário de Características Individuais	58

Introdução

Da experiência vivenciada no âmbito da psicoterapia de apoio com pacientes com lúpus emergiu a problemática inscrita neste estudo.

No estágio acadêmico, tendo acompanhado pessoas com lúpus em contexto de consultas de psicologia clínica individuais, observou-se que, apesar da sua *uniqueness*, apresentavam características psicológicas comuns, nomeadamente dificuldade em exprimir sentimentos, tantas vezes evidenciada pelas suas respostas à pergunta: “E como se sentiu?” ou “Como se sente?”. As suas respostas denotavam a dificuldade em identificar e exprimir os seus sentimentos (e. g., “Não sei...”, “Não me senti mal.”, “Estou como o tempo.”).

Estas características integram o conceito de alexitimia. Aprofundando conhecimentos nesta área e procurando directrizes que pudessem orientar a intervenção juntos destes pacientes, na literatura foram encontradas algumas propostas, no entanto, pouco frequentes as abordagens de sucesso.

É neste contexto que surge a procura de uma abordagem psicoterapêutica que possa orientar a prática clínica na alexitimia.

Simultaneamente, vivenciando e encenando os conflitos pessoais em terapia psicodramática, apresentou-se como possibilidade, num momento de *insight*, que esta psicoterapia permitisse a abordagem e melhoria das características alexitímicas.

Delineou-se a investigação que se apresenta, procurando fundamentar, através de dados empíricos, a pertinência do psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia.

Para tal, recorreu-se à avaliação da alexitimia e da espontaneidade, averiguando que tipo de relação existe entre elas, esperando-se uma correlação negativa.

Perante esta suposição, pensou-se que, através do treino da espontaneidade proporcionado pelo psicodrama, fosse possível diminuir os traços alexitímicos. O que mais aliciou nesta

hipótese foi a possibilidade da atenuação, pela emergência do lado saudável e sanígeno, da parte patológica que inflige sofrimento psíquico.

Talvez fosse, então, possível levantar âncora da normopatía e navegar nas ondulações do mar da intensidade.

Concretizando esta perspectiva, desenvolveu-se um percurso pelo estado da arte, no que respeita à alexitimia, ao psicodrama e à espontaneidade, para seguidamente se apresentar a estrutura metodológica e discussão acerca das implicações teóricas e práticas dos resultados encontrados.

Alexitimia

A alexitimia parece estar associada a numerosos problemas de saúde bem como a diferentes tipos de adversidades psicossociais.

O crescente reconhecimento de que a alexitimia não é específica dos distúrbios psicossomáticos tem conduzido a uma visão da alexitimia como um factor de risco para alguns problemas de saúde, psiquiátricos ou comportamentais que são influenciados pelas perturbações na regulação dos afectos (Taylor et al., 1997, cit. por Lumley et al., 2007).

Frequentemente, a alexitimia é tida como imutável (Lumley et al., 2007). Também devido a este ponto de vista, várias reflexões têm sido feitas acerca da alexitimia enquanto estado ou traço de personalidade, sendo sugerida a sua abordagem como uma manifestação complexa que inclui ambos estado e traço de personalidade (Lumley et al., 2007).

Levanta-se uma importante questão: será possível reduzir ou tratar a alexitimia?

Pacientes alexitímicos parecem ter um baixo nível de respostas a intervenções psicológicas terapêuticas e é pouco claro se a alexitimia pode ser melhorada através de tratamento (Lumley et al., 2007).

Do grego *a* – sem, *lexis* – palavra, *thymus* – ânimo ou emoção, etimologicamente “sem palavras para as emoções”, o termo alexitimia foi cunhado para descrever determinadas características clínicas observadas entre pacientes com distúrbios psicossomáticos que tinham dificuldade em estabelecer aliança terapêutica em psicoterapias orientadas para o insight

(Sifneos, 1967, cit. por Lumley, Neely e Burger, 2007). Pacientes alexitímicos demonstraram deficiências na percepção e comunicação emocionais e mostraram pouco insight em relação aos seus sentimentos, sintomas e motivação. Quando questionados acerca dos seus sentimentos em situações emocionais, experienciavam confusão (e. g., “Não sei”), davam respostas vagas ou simples (“Sinto-me mal”), referiam estados corporais (e. g., “Dói-me o estômago”) ou falavam de um comportamento (“Tenho vontade de dar um murro na parede”) (Lumley et al., 2007).

Procurando definir uma estrutura de personalidade psicossomática, aquando do estudo das características cognitivas e da qualidade da relação manifestadas por pacientes psicossomáticos, em 1963, Marty e De M'Uzan descrevem uma forma de pensamento – pensamento operatório – cujo conceito está intimamente associado à alexitimia (e. g., Prazeres, 2000).

Outros contributos de referência, no que concerne ao conceito de alexitimia, foram os de Reush, que já em 1948 tinha assinalado a ocorrência de uma perturbação na expressão verbal e simbólica das emoções em pacientes psicossomáticos, tendo considerado como problema central destas perturbações uma personalidade infantil; também os trabalhos de Krystal, com colaboração de Raskin, com vítimas do Holocausto e pacientes com comportamentos aditivos, descrevendo nestes características alexitímicas, se revelaram importantes, considerando a alexitimia na sequência de um trauma psíquico (e. g., Fernandes e Tomé, 2001; Prazeres, 2000).

O interesse acerca da alexitimia foi além das patologias psicossomáticas, assistindo-se a um crescente número de estudos após a 11^a Conferência Europeia de Investigação em Psicossomática, realizada em 1976 na Alemanha, em que a alexitimia foi o tema principal (e. g., Prazeres, 2000).

O constructo de alexitimia foi conceptualizado originalmente por Nemiah, Freyberger e Sifneos (1976) englobando um conjunto de traços cognitivos, que incluem dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos a outros, pensamento orientado para o exterior e capacidade imaginária limitada. Esta visão original da alexitimia tem sido a

mais influente na teoria e pesquisa contemporâneas (Taylor, Bagby e Parker, 1997, cit. por Lumley, 2007).

Uma conceptualização alternativa, que tem sido menos influente, é a de que a alexitimia é um défice global no processamento das emoções que resulta em expressão e reconhecimento emocionais limitados (Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro e Kaszniak, 2000, cit. por Lumley et al., 2007).

No entanto, ambas as definições concordam que a alexitimia é um défice, uma incapacidade ou deficiência no processamento emocional mais do que um processo defensivo, e esta visão tem ganho suporte a partir de pesquisas laboratoriais. Por exemplo, estudos com imagens cerebrais indicam que pessoas alexitímicas têm actividade cerebral reduzida nas regiões do córtex cingulado durante a indução ou imagética emocional (Kano et al., 2003; Mantani, Okamoto, Shirao, Okada e Yamawaki, 2005, cit. por Lumley et al., 2007).

Sendo que o problema da alexitimia não parece ser a falta de vocabulário afectivo, refere-se a processos emocionais básicos. Pensa-se que as características que integram o constructo de alexitimia reflectem défices no processamento cognitivo e na regulação de emoções e que contribuem para o desencadeamento ou manutenção de vários distúrbios de saúde e psiquiátricos. A alexitimia está associada à falha de processos de regulação de afectos adaptativos, tais como modelação da excitação, adequada expressão ou supressão de emoções, recurso à fantasia, tolerância de emoções dolorosas, assimilação cognitiva e acomodação (Lumley et al., 2007).

Alguns problemas interpretativos acerca da alexitimia incluem a sua sobreposição com outros traços, se é ou não secundária a doença ou trauma e a possibilidade de subtipos.

Muitos outros constructos relacionados com emoção são algumas vezes confundidos com alexitimia. Supressão de emoções, inibição, isolamento, negação e repressão, tal como a alexitimia, implicam limitações no insight emocional e expressão. No entanto, estes constructos referem-se a processos defensivos, activos, que reduzem a experiência ou expressão emocionais, enquanto a alexitimia é considerada como sendo um défice ou deficiência mais do que uma defesa. As defesas têm sido o foco das psicoterapias psicodinâmicas e experienciais, que tendem a baixá-las ou ultrapassá-las para facilitar a percepção e expressão emocionais (Lumley et al., 2007).

Pretendeu-se esclarecer esta aparente confusão diferenciando o constructo de alexitimia das propostas de etiopatogenia da alexitimia. A etiologia da alexitimia tem recebido várias propostas, no entanto permanece uma questão especulativa (Prazeres, 2000).

Mais do que a contemplação do constructo de alexitimia, neste estudo procurou-se clarificar, com recurso a propostas psicanalíticas, predominantemente veiculadas por McDougall (1982, 1989), os factores que se supõe estarem na sua origem e na sua forma de desenvolvimento.

Proposta psicanalítica de Joyce McDougall

As teorias psicanalíticas propõem, de uma forma geral, a presença de uma perturbação na relação primária que é entendida como um factor etiológico importante no desenvolvimento das características alexitímicas (Prazeres, 2000).

McDougall (1982) propõe uma patologia pré-neurótica com o predomínio de mecanismos de clivagem e de identificação projectiva, sendo a alexitimia uma defesa contra a ansiedade. Considera que a alexitimia é uma defesa efectiva contra a vitalidade interna. A alexitimia, não sendo excepção a outros sintomas psicológicos, seria uma tentativa de auto-cura.

Reconhecendo que formas de relação traumáticas na infância parecem contribuir para o tipo de funcionamento mental por detrás dos sintomas alexitímicos, acredita que ocorreu algo mais, que ainda está activo, do que a retenção ou regressão do desenvolvimento ou um defeito neurobiológico (McDougall, 1982). A alexitimia é, assim, tida como uma poderosa defesa contra a vitalidade interna afectiva.

A proposta de McDougall decorre da sua prática clínica. Observou num grupo de pacientes, que apelidou de “anti-analisandos em análise” (1972, cit. por McDougall 1982), uma aparente ausência de manifestações quer neuróticas quer psicóticas, parecendo não terem problemas psicológicos. Considerando-os normopatas, pareciam ter atingido, na infância, uma adaptação tipo robot (“*robot-like*”) às exigências da realidade externa. Também tinham dificuldade em se identificar com as realidades internas de outros. Tendiam a recontar, de forma compulsiva

e entediante, encadeamentos infundáveis de acontecimentos externos que pareciam ter pouca significância emocional para eles, uma forma de pseudo-normalidade.

Em várias histórias clínicas entre estes pacientes normopáticos, McDougall (1982) constata que as suas mães pareciam ter estado ou muito próximas ou muito distantes dos seus bebés, numa relação paradoxal em que “embora presente fisicamente, não está em contacto com as necessidades emocionais da criança”.

O bebé, na sua imaturidade funcional e conseqüente incapacidade de elaboração das tensões quer internas quer das provenientes do exterior, encontrar-se-ia essencialmente dependente da mãe, que funciona como uma barreira entre os estímulos internos e externos, sendo o objecto regulador das tensões que estes transportam. Assim, uma falha nesta relação primária conduziria à impossibilidade da interiorização do objecto e respectiva regulação endógena das suas tensões.

Se a forma como uma mãe se relaciona com as funções corporais não verbais, gestos e afectos tempestuosos da criança é de importância fulcral na organização da vida psíquica precoce, deve ser enfatizado que, tal como a comunicação corporal dá lugar à comunicação simbólica e à aquisição da linguagem, também é a mãe que primeiramente dá nome aos afectos da criança e então fornece o potencial para pensar (ou não pensar) acerca dos sentimentos (McDougall, 1982). Se esta relação da mãe com o bebé falha, “os bebés, ávidos por descobrir e controlar as fontes de prazer e segurança, aprendem a refrear os seus movimentos espontâneos ou, em estados de raiva ou medo, exaustos entram num sono profundo sem vida onírica, apenas à procura do vazio” (McDougall, 1982, p. 177).

McDougall percebe ainda que o ambiente familiar destes sujeitos se reveste de uma intolerância à expressão da emoção e individualidade, como pode ler-se: “Se os pais consistentemente rejeitam as necessidades da criança de comunicar os seus estados emocionais, e em vez disso lhe dizem o que sente ou não sente, o que gosta ou não gosta, a criança acaba por ficar confusa sobre o que é o amor e o que é o ódio, sobre se está triste ou contente, e efectivamente se os sentimentos são de todo permitidos se não foram detectados pelos pais” (McDougall, 1982, p. 163).

Perante esta falência do ambiente humano que, não tolerando qualquer expressão de emoção e individualidade, ensina, expressamente, a criança a ser alexitímica, única forma de esta manter os seus objectos e sobreviver, a relação vivida é, então, uma relação destituída de qualquer qualidade humana, o medo de aniquilação é, de certa forma, o resultado de uma avaliação realista da situação já que o que se exige é a morte da vitalidade interna.

Deste modo, todas as percepções capazes de evocar reacções afectivas poderosas são ou evitadas ou rapidamente repudiadas da consciência. Sem outros mecanismos para lidar com o conflito e a tensão, o indivíduo não tem outro recurso, face a situações de stress, senão atacar qualquer percepção que se arrisque a despertar a emoção.

Pode presumir-se, deste modo, que o esforço continuado para cortar as ligações emocionais (ataque ao vínculo emocional) é a actividade psíquica principal nos alexitímicos (McDougall, 1982).

Acerca da alexitimia, Krystal (1978, cit. por McDougall, 1982, p. 158) postula uma regressão na expressão de afectos devido a eventos traumáticos no adulto. No que respeita às crianças ele infere que uma falência continuada por parte das entidades parentais “em prevenir que o afecto da criança atinja uma intensidade insuportável e esmagadora pode resultar num estado de trauma psíquico (...) e pode provocar uma retenção na organização da experiência afectiva e das suas representações”, resultando numa ausência de desenvolvimento afectivo.

Reconhecendo a validade desta hipótese, McDougall (1982) sugere que o que parece ser uma ausência ou uma detenção no desenvolvimento possa, em alguns casos, encobrir uma defesa pré-neurótica massiva e precoce contra a vitalidade interna.

Deste modo, a alexitimia seria secundária a uma perturbação precoce ou a determinadas situações traumáticas do adulto.

Para McDougall (1991, cit. por Prazeres, 2000) a modalidade comunicativa e relacional alexitímica pode, em alguns casos, ser comparada à retirada esquizóide já que “ambas

procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas”.

A invasão afectiva pode produzir episódios transitórios de despersonalização ou de fenómenos pseudo-perceptuais numa tentativa de lidar com a emergência emocional (McDougall, 1982).

Clivando uma parte do que sentem, estes pacientes procuram inconscientemente controlar ou recuperar o contacto com estas partes perdidas experienciando-as como uma atribuição dos outros (McDougall, 1982). A alexitimia poderia, de certa forma, ser vista como uma tentativa de manter um estado de morte interna, para evitar a invasão por experiências afectivas tempestuosas (McDougall, 1982).

Decorre então, que a aparente adaptação (normopatia) destes indivíduos tem como função protegê-los de perigos internos e externos, traduzindo-se num funcionamento mental “supressão de afecto para fora da psique não ficando sinal nem da representação, nem do afecto” (McDougall, 1982).

McDougall (1982) refere também que em determinados pacientes acabamos por descobrir que esta paralisia serve o evitamento de fantasias primitivas de implosão ou abandono ou o regresso do estado traumático de desprotecção e desespero no qual a existência psíquica, e talvez a própria vida, foi sentida como estando ameaçada. Assim, “nós experimentamos o que os alexitímicos aprenderam – que a sua sobrevivência psíquica depende da capacidade de transformar a vivacidade interna em inerte” (McDougall, 1982, p. 176).

Defendendo que a alexitimia não é uma incapacidade para vivenciar ou expressar emoção, mas antes uma incapacidade de conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva, McDougall (1989) prefere designar estes pacientes como *desafectados*, procurando, deste modo, salientar que experimentam, de facto, emoção que, pela sua intensidade, se tornou desorganizadora ameaçando o sentimento de integridade e de identidade (Prazeres, 2000).

Adverte, no entanto, que pode ser necessário muito trabalho preliminar antes de estes pacientes serem capazes de reconhecer a natureza da sua prisão defensiva e a extensão da sua

incapacidade para experienciar e expressar os seus afectos (McDougall, 1982). Perante esta sólida estrutura defensiva de personalidade, devemos tratar esta construção massiva com respeito, já que seria mais do que terrífico remove-la a todo o custo (McDougall, 1982).

A crença de McDougall (1982) de que a concepção psicanalítica de alexitimia poderia provar-se ser complementar à da neurobiologia, foi recentemente estudada pelo modelo integrativo das perspectivas cognitivo-desenvolvimental, neurocientífica e psicanalítica (Lane e Garfield, 2005).

Na literatura são várias as advertências para a necessidade de uma intervenção psicológica especializada no que concerne às características alexitímicas (Vanheule, 2008; Lumley et al., 2007; Waller e Scheidt, 2006; Lumley, 2004).

Lumley et al. (2007) colocam a hipótese de ser possível que tratamentos que encorajem mais a atenção às experiências internas possam resultar numa maior percepção emocional e menor alexitimia.

No modelo integrativo das perspectivas cognitivo-desenvolvimental, neurocientífica e psicanalítica (Lane et al, 2005) é referido que para que o tratamento da alexitimia tenha sucesso, será necessário que o paciente possua alguns sentimentos latentes, potencialmente capazes de serem percebidos e experienciados para que então possam ser pensados. A ausência de experiências como estas, assim como a incapacidade ou falta de vontade de as processar, reduzem substancialmente a probabilidade de melhorar a sua condição através de meios psicológicos e comportamentais. Uma falha, quer na percepção destes sentimentos latentes, quer na compreensão do seu significado, poderá ter contribuído para o desenvolvimento da alexitimia. Daí, a perspectiva de que algumas técnicas comportamentais, como a massagem, a dança ou a terapia pelo movimento, utilizadas complementarmente às técnicas verbais, sejam prováveis de avivar a intensidade e a saliência dos sentimentos latentes, facilitando a passagem de emoções implícitas a explícitas (Lane et al, 2005).

São poucos os estudos que dão suporte à possibilidade de redução da alexitimia. No âmbito desta investigação, foram encontrados três estudos que incluem, invariavelmente, abordagens

experienciais. Em todos os estudos se reportou a redução da dificuldade em identificar e expressar sentimentos.

Beresnevaité (2000, cit. por Lumley et al., 2007), num estudo com um grupo de pacientes que tinham sofrido ataque cardíaco, relatou uma diminuição significativa da alexitimia, em terapia de grupo que envolveu treino de relaxamento, condução da identificação e expressão de sentimentos, imagética, musica e expressão emocional não verbal.

Reforçando este percurso pelo estado da arte, num estudo realizado acerca do tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo, concluiu-se que a abordagem psicodramática favorece a identificação e a elaboração de aspectos psicodinâmicos, entre eles, a dificuldade de identificar e expressar sentimentos (Torres, Lima e Ramos-Cerqueira, 2001).

Mais recentemente, uma intervenção de orientação psicodinâmica provou melhorar efectivamente a alexitimia (Grabe et al., 2008, cit. por Mattila, 2009¹). Esta intervenção integrou psicoterapia psicodinâmica de grupo de curto prazo, sessões de psicodrama e de terapia individual em pacientes internados.

É neste contexto que surge a pertinência desta investigação.

Psicodrama

Uma das abordagens psicoterapêuticas que parece poder satisfazer as recomendações de estudos desenvolvidos na área da alexitimia é o psicodrama. De sublinhar que, esta abordagem integrou dois dos estudos que dão suporte à possibilidade de redução da alexitimia.

Desenvolvido por Moreno, que propôs uma abordagem à parte saudável do psiquismo humano, o psicodrama “é a ciência que explora a verdade por métodos dramáticos” (e.g., Moreno, 1946).

¹ Tese de Dissertação apresentada a 30 de Janeiro na Finlândia. Referência autorizada pelo autor.

Transcrevendo Moreno (1946):

“Drama é uma transliteração do grego, que significa acção ou uma coisa feita. O psicodrama é uma transliteração de uma coisa feita à psique e com a psique – a psique em acção. O psicodrama pode ser definido, pois, como a ciência que explora a “verdade” por métodos dramáticos. Uma outra definição de psicodrama pode ser dada em contraste com *das Ding na sich* (a coisa em si), de Kant, sendo então o psicodrama *das Ding an ausser sich* (a coisa fora de si).” (p. 61)

Tem sido largamente discutido se o psicodrama é uma teoria, um modelo de psicoterapia, ou até uma arte². No âmbito desta investigação, foi considerado como um modelo de psicoterapia que, apesar de permitir a sua aplicação sob a perspectiva de várias teorias, se fundamenta nos postulados originais de Moreno (e.g., Moreno, 1946). Mantém-se consistentes actualmente os elementos do psicodrama, sejam os instrumentos, as fases ou as técnicas implementadas por Moreno (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007), ainda que se assista a um incremento de novas abordagens (e.g., Kipper, 2007; Hammer, 2000).

De forma necessariamente sucinta, apresentam-se alguns desses elementos essenciais para o enquadramento desta forma de psicoterapia tão particular, criada por um homem que no seu epitáfio tem inscrito “O homem que trouxe a alegria e o riso para a psiquiatria”.

São três as fases sequenciais do psicodrama: aquecimento, dramatização e comentários/partilha.

A fase de aquecimento refere-se ao processo de aumento gradual de níveis de espontaneidade (Blatner e Cukier, 2007). É um processo de excitação que estimula o estado de espontaneidade, podendo ser desencadeado por estimulações externas ou internas (Kipper, 2006).

² Temática discutida recentemente numa conferência do IX Congresso Português de Psicodrama (29 Novembro a 1 de Dezembro, 2008), promovido pela Sociedade Portuguesa de Psicodrama (SPP), dirigida pelos psicodramatistas Pio-Abreu e Fernando Rato e moderada pela actual presidente da SPP, Gabriela Moita.

A dramatização é o cenário onde tudo é possível e reversível (e.g., Pio-Abreu, 1992), o passado pode se revisitado/revivido e o futuro antecipado (e.g., Blatner e Cukier, 2007). O importante é que cessa a descrição verbal quando se inicia a dramatização.

Na fase dos comentários/partilha, após a encenação psicodramática, em vez de meras interpretações e discussão, o protagonista recebe *feedback*, sentindo o apoio do grupo. Cada elemento do grupo responde à questão “como é que esta dramatização se relaciona com a minha vida?” (e.g., Blatner e Cukier, 2007) e expressam o que viram e sentiram (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007).

O método psicodramático usa cinco instrumentos: o palco, o protagonista, o director, os egos-auxiliares e o auditório.

O palco proporciona ao protagonista um espaço vivencial que é flexível e multidimensional. Permite o reencontro do equilíbrio perdido na realidade da vida, devido à metodologia da liberdade. O espaço cénico é uma extensão da vida para além dos testes de realidade da própria vida. Realidade e fantasia não estão em conflito; pelo contrário, ambas são funções dentro de uma esfera mais vasta – o mundo psicodramático de objectos, pessoas e eventos (e.g., Moreno, 1946).

O protagonista é solicitado a ser ele mesmo no palco, a retratar o seu próprio mundo privado. É instruído para ser genuíno, não um actor. Uma vez aquecido para a tarefa, é comparativamente fácil ao indivíduo fazer um relato da sua vida quotidiana em acção, pois ninguém possui mais autoridade sobre o seu viver do que o próprio. Ele tem de actuar livremente, à medida que as coisas lhe acodem à mente; é por isso que lhe tem de ser concedida liberdade de expressão, espontaneidade. O nível verbal é transcendido e incluído no nível da acção. Existem muitas formas de representação, desde a simulação de estar a desempenhar um papel, à passagem ao acto, à representação de uma cena passada, ao vivenciar de um problema actualmente premente, criando vida no palco e testando-se a si próprio no futuro. A ter em conta, o princípio do envolvimento. Na situação psicodramática, não só é possível como esperado um máximo envolvimento com outros sujeitos ou coisas. Têm lugar todos os graus de envolvimento, do mínimo ao máximo. Adicionalmente, o princípio da concretização. O indivíduo está habilitado não só a encontrar-se com partes de si

mesmo mas com outras pessoas que partilham os seus conflitos mentais. E essas pessoas podem ser reais ou ilusórias (e.g., Moreno, 1946).

O facto de em psicodrama não haver clientes, doentes ou pacientes, mas protagonistas (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007) reafirma o legado de Moreno de aceder ao psiquismo saudável do indivíduo em detrimento da focalização na psicopatologia. O indivíduo é o protagonista da sua própria cura.

O ego auxiliar resulta da ideia de Moreno de ter outra pessoa no grupo a desempenhar vários papéis na encenação/dramatização, tais como o de esposa, pai, filho do protagonista, bem como papéis da realidade suplementar, i.e., duplo ou “alter-ego”. Pode ser o co-terapeuta ou um dos membros do auditório.

O director, psicoterapeuta, como o maestro de uma orquestra, observa, supervisiona, intervém e facilita as interacções entre o protagonista, os egos-auxiliares e o grupo do auditório (Moreno e Moreno, 1975, cit. por Blatner e Cukier, 2007). Moreno (1972, cit. por Blatner e Cukier, 2007), anotou três funções do terapeuta director: agente terapêutico, co-investigador de dinâmicas sociais, e produtor da dramatização. De notar que o director não usa a sugestão. Se for adoptada a visão de Moreno, então o psicodrama será a menos directiva das psicoterapias (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007). O director, à boa maneira psicodramática, faz as suas interpretações na acção, quando dirige a dramatização fá-lo com base nas interpretações que vai fazendo mentalmente, nem sempre havendo lugar à devolução verbal. A direcção não assume aqui a equivalência a directividade, antes se aplica à condução da sessão de psicodrama, seguindo as pistas que o protagonista explicita na acção.

O quinto instrumento, o auditório, reveste-se de dupla finalidade. Pode servir para ajudar o protagonista ou, sendo ele próprio ajudado pelo protagonista em palco, converte-se então em protagonista (Moreno, 1946).

O psicodrama não é uma terapia do grupo, é uma psicoterapia individual realizada em grupo. Neste sentido, reproduz os grupos sociais de pertença, sejam a família, os amigos, os colegas, entre outros (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007). No entanto, também é possível em

contexto de psicoterapia individual, tal como psicodrama bipessoal (Cukier, 1992), familiar e de casais, entre outras.

Mesmo que o indivíduo não seja o protagonista, o modelo psicodramático envolve-o inevitavelmente. Quer no aquecimento, quer durante a dramatização de um outro protagonista, quer nos comentários. Num grupo de psicodrama, há algumas pessoas que evitam falar ou dramatizar os seus conflitos e problemas, mas que também melhoram enquanto observam e comentam as dramatizações de outros membros do grupo (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007). Estes achados são consistentes com a explicação de Moreno acerca da espontaneidade, em que esclarece “A espontaneidade é erroneamente considerada, com frequência, algo que está mais vinculado à emoção e à acção do que ao pensamento e ao repouso. (...) A espontaneidade pode estar presente numa pessoa tanto quando pensa como quando sente, ao descansar tanto quanto ao dedicar-se a uma determinada acção.” (Moreno, 1946, p.163).

Outros elementos do psicodrama são as técnicas psicodramáticas, sendo as mais relevantes a inversão de papéis, o solilóquio, a interpolação de resistências, o espelho, o duplo, a representação simbólica, a estátua e o objecto intermediário (e.g., Pio-Abreu, 1992). A finalidade destas técnicas não é converter os indivíduos em actores mas, antes, incentivá-los para que sejam no palco o que eles são, mais profunda e explicitamente do que parecem ser na realidade (Moreno, 1946).

No desenvolvimento da teoria subjacente ao psicodrama, Moreno integrou os conceitos de papel, espontaneidade, *tele e acting out*. Além destes, apresentou um modelo de sofrimento psicológico (i.e., algo que cerceia a espontaneidade) e de recuperação psicológica (i.e., catarse de integração) que se relaciona com as crises de vida ou disfunções da personalidade e se constitui como uma ferramenta poderosa na transformação pessoal (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007).

Entenderam-se como pertinentes, no âmbito do estudo actual, os conceitos morenianos de *acting out*, de catarse de integração e, primordialmente, de espontaneidade.

Referindo-se ao *acting out*, Moreno (1946) escreveu “Quando introduzi esse termo (1928) quis dizer passar para fora *aquilo* que está dentro do paciente, em contraste com a representação de um papel que é atribuído ao paciente por uma pessoa de fora”. Prossegue anotando a diferença, que actualmente se mantém, entre este conceito e o conceito psicanalítico de *acting out*, que se refere a qualquer comportamento que se assume ser uma expressão de atitudes transferenciais em relação às quais o paciente não se sente ainda suficientemente seguro para expressar no tratamento (McWilliams, 2005, p. 167).

De modo a ultrapassar a confusão de conceitos, distinguiu dois tipos de passagem ao acto “a *irracional e incalculável* que ocorre na própria vida, prejudicial ao paciente ou outros; e a *terapêutica e controlada*, a qual tem lugar no contexto do tratamento” (Moreno, 1964, pp. 34-35).

Com efeito, no pensamento psicodramático, o actuar de dentro é uma fase necessária no avanço da terapia, proporcionando ao terapeuta uma oportunidade para avaliar o comportamento do paciente e conferindo ao paciente a possibilidade de se avaliar a si mesmo (introvisão da acção) (Moreno, 1946). Ainda nas palavras de Moreno (1946) “o ponto crucial da questão reside em tolerar e permitir a passagem ao acto, dentro de um contexto que ofereça segurança de execução e sob a orientação de terapeutas aptos a utilizar a experiência” (p. 34).

Mais tarde, Blatner (1973) elege como uma das vantagens mais significativas do psicodrama a conversão dos *acting outs* dos participantes em canais mais construtivos de *acting in*, convertendo o comportamento tido como evitante da percepção em comportamento promotor de *insight* e uma maior capacidade de auto-reflexão, uma vez que os métodos psicodramáticos reúnem as formas de análise cognitiva com as dimensões do envolvimento experiencial e participatório. De facto, “fazer” a interacção, envolvendo o corpo físico e a imaginação como se a situação fosse no momento presente, traz à consciência ideias e sentimentos geralmente não acedidos pela simples verbalização acerca dessa situação. Os elementos não verbais da comunicação actuam não só a nível interpessoal, como actuam também como pistas internas, evocando a percepção das emoções, que podem ter sido reprimidas (Blatner, 1973).

No que respeita ao conceito de catarse de integração, Moreno reparou que a fluência e a intensidade do psicodrama conduziam com frequência a uma inundação de sentimentos que, quando expressados, geravam uma sensação de libertação emocional e alguma vezes ao alívio dos sintomas (e.g. Blatner e Cukier, 2007). Reparou ainda que quando as pessoas podiam expressar plenamente os seus sentimentos havia um alívio da tensão psíquica. Observou que os protagonistas em psicodrama experienciavam um alívio ainda maior quando podiam encenar um sentimento ou um comportamento que pudesse estar integrado nas suas vidas.

Deste modo, Moreno chegou ao princípio condutor de que todas as catarses de ab-reacção deviam ser seguidas de uma catarse de integração. No sentido mais amplo, há uma catarse subtil que acompanha o momento de *insight* que ocorre em todas as situações de aprendizagem (Moreno, 1978, cit. por Blatner e Cukier, 2007). Pode ocorrer na auto-percepção bem como na resolução de conflitos e, especialmente com tipos de catarse mais integrativos, como uma expressão de profunda tranquilidade e como libertação e alívio emocionais (Blatner e Cukier, 2007). Acerca da catarse, pode ler-se “na situação psicodramática, o paciente recebe as três formas básicas de catarse mental, uma no autor – o criador e paciente do drama privado – a outra no actor que lhe dá vida e a terceira no público que co-sente os acontecimentos” (Moreno, 1946, p. 66).

Espontaneidade

A espontaneidade é um conceito psicodramático que ocupa um lugar central no pensamento de Moreno, que contribuiu para o desenvolvimento da sua filosofia do funcionamento humano e da sua teoria de desenvolvimento infantil (Kipper, 2000). Revelou-se a pedra basilar na criação do psicodrama.

Etimologicamente, espontaneidade deriva do latim *sponte*, de livre vontade. Foi Moreno, psiquiatra e fundador do psicodrama, quem introduziu o conceito de espontaneidade no campo da psicoterapia, considerando-a uma característica major da personalidade. O significado de espontaneidade em psicologia difere substancialmente do seu significado quotidiano. No senso comum, a espontaneidade é tida como uma expressão de emoções ou comportamento repentino, impulsivo e não premeditado (Kipper, 2008).

Definir espontaneidade foi um desafio tanto nos primórdios do psicodrama como é actualmente. Esta dificuldade deve-se, em parte, à descrição da espontaneidade como uma energia, factor “e” que não poderia ser conservada e que não poderia ser vista a olho nu (Moreno, 1964). Nas palavras de Moreno “a minha definição operacional de espontaneidade é frequentemente citada da seguinte maneira: O protagonista é desafiado a responder, com um certo grau de adequação, a uma nova situação ou, com uma certa medida de novidade, a uma situação antiga” (1946, p. 36).

Numa tentativa de medir a espontaneidade, Moreno desenvolveu um teste e fez medições. O teste constituía-se por “colocar o sujeito numa situação vital e ver como actua”, enfrentando uma situação de vários e crescentes níveis de dificuldade, enquanto um júri examinador atribuía um valor ao grau de adequação da sua resposta (Moreno, 1946, p. 153). Na sequência destes estudos experimentais, considerou quatro expressões características de espontaneidade: qualidade dramática – “o sabor particular que um homem é capaz de inculcar aos actos quotidianos mais triviais, por exemplo, ao caminhar, comer”, criatividade – “perpetuamente empenhado em produzir novas experiências no seu íntimo, a fim de que elas possam transformar o mundo à sua volta”, originalidade – “livre fluxo de expressão que, sob análise, não revela qualquer contribuição suficientemente significativa para que se lhe chame criatividade mas que, ao mesmo tempo, em sua forma de produção, é uma expansão ou variação ímpar da conserva cultural”, adequação da resposta – resposta adequada à situação com que o indivíduo se defronta” (Moreno, 1964, pp. 140-143).

Fazendo uma breve anotação acerca do conceito de conserva cultural, original de Moreno, esclarece-se que se reporta a qualquer produto, seja um objecto, um comportamento, ou uma ideologia, que possa ser usado repetidamente (Kipper, 2006).

A definição de espontaneidade foi posteriormente modificada por Moreno para designar um impulso: “a espontaneidade impulsiona um grau variável de resposta satisfatória que um indivíduo manifesta numa situação de grau variável de novidade” (Moreno, 1953, p. 42, cit. por Kipper & Hundal, 2005).

Torna-se claro que, para ser vista, a espontaneidade exige tangibilidade. Noutras palavras, a presença de espontaneidade tem de ser inferida a partir de determinadas manifestações do comportamento, expressão de sentimentos e proferimentos verbais. Deste modo, em tentativas subsequentes para definir espontaneidade, o foco foi deslocado da energia para a resposta (Kipper e Hundal, 2005). É importante clarificar que esta resposta não se refere necessariamente a uma acção. Lembra-se a afirmação de Moreno já referida anteriormente “a espontaneidade pode estar presente numa pessoa tanto quando pensa como quando sente, ao descansar tanto quanto ao dedicar-se a uma determinada acção” (Moreno, 1946, p.163).

Suportando a ideia original de Moreno de espontaneidade como uma energia impulsionadora, Kipper com o contributo de vários autores (Davelaar e Kipper, 2008; Christoforou e Kipper, 2006; Kipper e Shemer, 2006; Kipper e Hundal, 2005; Kipper, 2000, 2006), desenvolveu uma medida palpável, padronizada, de espontaneidade, definindo-a como um estado psicológico da mente ou uma qualidade de prontidão que prepara o indivíduo para responder de determinada maneira, com abertura mental não premeditada e prontidão para responder a estimulações internas e externas. Este instrumento de avaliação da espontaneidade, Spontaneity Assessment Inventory (SAI) e a sua versão revista (SAI-R), e os vários resultados obtidos com a sua utilização em pesquisas empíricas, têm-se mostrado congruentes com a forma como a espontaneidade é conceptualizada no psicodrama. Na secção empírica apresentou-se detalhadamente o SAI-R.

Através da aplicação do SAI e do SAI-R, Kipper et al. revisitam e actualizam o conceito de espontaneidade, sendo a contribuição mais recente a clarificação do processo psicológico que afecta a adequabilidade da espontaneidade (Davelaar e Kipper, 2008). Propõem que a espontaneidade não é um processo psicológico independente, argumentando, com base nos resultados da investigação, que os factores que determinam a adequabilidade da resposta se encontram mais fora do que dentro da espontaneidade mas, simultaneamente, inseparáveis dela. Especificamente, sugerem três factores interrelacionados que regem a resposta a uma situação ou a uma pessoa: a capacidade intelectual, expressa através do pensamento racional e de crenças, a experiência passada, impulsionada pela memória, e a espontaneidade. Neste sentido, os dois primeiros factores actuam como mecanismos que controlam a espontaneidade, estabelecendo os parâmetros que determinam se a expressão da

espontaneidade é ou não adequada. Clarificam que, apesar da espontaneidade envolver um certo grau de risco (arriscar), não é independente da influência de experiências passadas e da avaliação cognitiva. Sugerem ainda que um *deficit* de espontaneidade causado por experiências passadas dolorosas, e. g., repressão ou ansiedade severa, exige intervenções terapêuticas intensas que tendam a aumentar a confiança dos clientes para expressar, em segurança, comportamentos espontâneos.

Estas recentes contribuições enquadram-se no alerta de Moreno acerca das características terapêuticas da espontaneidade, anotando que “o papel dinâmico que a espontaneidade desempenha no psicodrama, assim como em toda e qualquer forma de psicoterapia, não deve implicar, entretanto, que o desenvolvimento e a presença da espontaneidade constituem, *per se*, a ‘cura’” (Moreno, 1946, p.37).

Psicodrama como abordagem psicoterapêutica

Na perspectiva psicodramática de abordar as partes saudáveis do psiquismo humano, a doença mental surgiria como uma manifestação inadequada ou patologia da espontaneidade e criatividade (e. g., Moreno e Moreno, 1984, cit. por Vieira e Risques, 2007).

Numa investigação na área da psicopatologia, psicodramatistas descreveram como um baixo nível de espontaneidade, ou robopatia, um comportamento do tipo robot (“*robot-like*”) ou uma conduta repetitiva marcada pelo medo de mudança e inovação (Yablonsky, 1972, 1976, cit. por Kipper e Shemer, 2006; Kipper, 2000). O oposto de espontaneidade é tido como ansiedade e uma forma de vida repetitiva, embotada (Kipper, 2000).

Numa época de prevalência das psicoterapias centradas nas verbalizações e na primazia da palavra (lembrando que Moreno foi contemporâneo de Freud, pai da psicanálise), o psicodrama irrompe com uma abordagem multidimensional ao ser humano. Traz o corpo e a acção para a psicoterapia, permitindo outras formas de acesso ao psiquismo. Uma abordagem mais abrangente, já que “em virtude da universalidade do acto e da sua natureza primordial, ele abrange todas as outras formas de expressão” (Moreno, 1946, p. 67).

Apesar da importância da linguagem verbal no ser humano, reuniões que promovem vivências e, por certo, o encontro humano, transpõem a conversação verbal. A comunicação emocional, a postura e a proximidade são elementos básicos da comunicação humana, e são tornados visíveis no psicodrama. As palavras impõem-se na comunicação, mas podem organizar-se para falsificar a verdadeira comunicação e, mais ainda, para falsificar os nossos sentimentos e emoções. Uma vez que a maioria das psicoterapias são mediadas pela comunicação verbal, têm de dispor de uma forma de descobrir os conteúdos e tendências escondidos. A psicanálise recorre aos sonhos, à associação livre. O psicodrama recorre directamente à linguagem corporal. Os membros de um grupo de psicodrama são encorajados a comentar as dramatizações, incluindo as distâncias (no sentido da proxémia), as posturas e os movimentos corporais (o que viram e sentiram), em detrimento de um discurso aberto e de auto-narrativa (o que ouvirem). A linguagem corporal e o discurso verbal são frequentemente contraditórios. Quanto ao protagonista, ele tem a experiência corporal da dramatização. Assim, leva consigo a memória corporal, e tem, no mínimo, de redefinir a sua narrativa e auto-definição (Pio-Abreu e Villares-Oliveira, 2007).

A comunidade psicodramática permanece atenta às demandas sociais e às necessidades de intervenção psicoterapêuticas individuais. A corroborar esta afirmação, recentemente, em 2005, Kipper (cit. por Kipper, 2007) propôs uma reformulação do psicodrama como terapia de reintegração experiencial pela acção (ERAT), uma abordagem emocional correctiva. Define a reintegração como uma reapreciação cognitiva do significado de experiências novas ou modificadas. Este será o resultado natural do processo que envolve uma experiência emocional e que se combina com apreciação cognitiva. São dois os factores principais que podem melhorar a contemplação bem sucedida da reintegração. Um é a potencialidade nas novas experiências proporcionadas e o outro é a normalização dos resultados dessas novas experiências. O primeiro requer que a nova experiência proporcionada tenha uma capacidade de grande impacto com intensidade emocional suficiente para erradicar ou modificar substancialmente as experiências antigas. O segundo depende das afirmações e comentários de apoio dados pelos membros do grupo e pelo terapeuta.

O psicodrama clássico enfatiza ajudar as pessoas a tornarem-se mais espontâneas. A ERAT enfatiza a remodelação e a correcção, uma vez reorganizadas, do leque de experiências

significativas do indivíduo. Para clarificar, a posição da ERAT não é incompatível com a hipótese de que a espontaneidade e a “libertação” dos clientes devam ser a principal tendência das psicoterapias existenciais (Greenberg et al., 1998; Schneider, 1998, cit. por Kipper, 2007). A abordagem da reintegração experiencial opera com a assumpção de que a espontaneidade e a liberdade de ser ou agir são consequência automática das mudanças que ocorrem na composição do leque de experiências significativas do indivíduo causadas pela ERAT (Kipper, 2007).

Nesta sequência, parece ficar claro que será através da espontaneidade, e não pela espontaneidade em si mesma, despoletada pelo aquecimento (processo de aumento gradual de graus de espontaneidade) (Blatner e Cukier, 2007), que é proporcionada intensidade emocional suficiente para erradicar ou modificar substancialmente as experiências antigas. Assim, assiste-se à proximidade dos conceitos de reintegração e ressignificação (encontrando o significado e não atribuindo significados) (e.g., Matos, 2007), numa experiência que incorpora (Vieira, 1999) os sentimentos e emoções, que são co-sentidas (Pedro, 2008) pelos membros do grupo e pelo terapeuta, que permitem a regularização/normalização dos resultados das novas experiências, podendo ajudar na elaboração e na passagem dos elementos beta (β) à função alfa, a crer nas teorias dinâmicas (Vieira, 1999). A apreciação cognitiva torna-se possível, já que o acto de pensar requer sentimentos, emoções provindas do corpo, depende de movimentos corporais e de acções concretas (Pedro, 2008). O simbólico joga-se no aqui e agora (*hic et nunc*, e.g. Moreno, 1946), “como se” (Blatner e Cukier, 2007).

O psicodrama convida ao uso de metáforas, inspira a criatividade e promove a espontaneidade curativa, enquanto também objectiva (tornando externo e concreto) o diálogo interno do paciente (Vieira e Risques, 2007).

Numa sessão de psicodrama, se o director tiver conhecimento dos diagnósticos (ou de distúrbios, e.g., alexitimia) pode sugerir um aquecimento sem palavras e com jogos, funcionando metaforicamente e usando, tanto quanto possível, actos simbólicos. A dramatização será conduzida na busca de experiências, em vez de ‘frias’ descrições, não promovendo comentários racionalizados ou não afectivos, na fase da partilha (Vieira e Risques, 2007).

É importante estar atento ao estilo de funcionamento alexitímico, utilizando linguagem simbólica e metafórica, recorrendo a estátuas e dramatizações sem palavras (expressão apenas com movimentos corporais) (Vieira, 1999).

O psicodrama converte o comportamento entendido como evitante da percepção em comportamento promotor de insight e numa maior capacidade de auto-reflexão (Blatner, 1973).

Pela literatura, evidenciam-se os possíveis benefícios e a adequação desta abordagem psicoterapêutica em distúrbios alexitímicos, cujas características foram anteriormente descritas.

De salientar a expressão “*robot-like*,” encontrada nos conceitos de normopatia de McDougall (1982), um estilo adaptativo às exigências da realidade externa, e de robopatia de Yablonsky (1972, cit. por Kipper, 2000), um baixo nível de espontaneidade e conduta repetitiva, sugerindo uma equivalência entre eles.

De forma a tentar esclarecer e justificar este exercício teórico, procedeu-se ao delineamento desta investigação, na estrutura de um estudo correlacional entre alexitimia e espontaneidade.

Vanheule (2008) adverte para algumas considerações a ter em conta na investigação na área da alexitimia, tais como a inclusão de amostras clínicas, a inclusão de um número substancial de participantes com elevada alexitimia e a associação a modelos teóricos que possam conduzir a prática de psicologia clínica e de psicoterapia com pacientes alexitímicos.

Em face destas sugestões, recorreu-se a uma amostra clínica, pacientes com lúpus, particularmente lúpus eritematoso sistémico (LES), com prevalência de elevada alexitimia reportada em estudos empíricos (e. g., Barbosa, 2005; Lumley, Radcliffe, Macklem, Mosley-Williams, Leisen, Huffman, D’Souza, Gillis, Meyer, Kraft e Rapport, 2005).

Lupus

O lupus é uma doença crónica, de causa desconhecida, auto-imune e inflamatória, com produção de anticorpos contra o próprio organismo (Wallace, 2000, cit. por Maggio, 2007). Caracterize-se por períodos de actividade e remissão. Existem vários tipos de lupus (e. g., Senécal, 1994): lupus discóide (LD), lupus eritematoso cutâneo subagudo, lupus induzido por drogas e LES. Os dois primeiros são doenças em que as alergias e a extrema sensibilidade ao sol são os maiores problemas, não ocorrendo envolvimento de outros órgãos e podem ocorrer simultaneamente com outras formas de lupus. No âmbito deste estudo destacou-se o LES pelo seu carácter sistémico, imprevisível, e por ser o mais referenciado, espelhando a sua prevalência relativamente aos outros tipos de lupus (e. g., Seawell e Danoff-Burg, 2004; Sweet, Doninger, Zee e Wagner, 2004). LES é multissistémico, caracterizado por exacerbações e remissões imprevisíveis com variadas formas clínicas, envolvendo múltiplos órgãos, podendo afectar qualquer órgão, com sintomas comuns a muitas outras doenças. Senécal (1994) refere-o como “a doença das mil faces”. A incidência nas mulheres é de 90% dos casos em relação aos homens e nestas a incidência é preferencialmente no período fértil, cuja faixa etária varia dos 13 aos 40 anos de idade (e. g., Nascimento, 2000, cit. por Barbosa, 2005).

Dando sequência ao delineamento, dos instrumentos mais utilizados nos estudos sobre alexitimia, e dominante na literatura, com dados acumulados que suportam a sua validade é a Toronto Alexithymia Scale 20 (TAS-20) (e.g., Lumley, Neely e Burger, 2007). Nesta investigação recorreu-se à versão portuguesa de Nina Prazeres, aferida em 1996 (e.g., Prazeres, 2004), que apresenta melhores características paramétricas do que uma outra versão portuguesa (Veríssimo, 2001).

Quanto à avaliação psicométrica da espontaneidade foram encontrados três instrumentos. A Ward Atmosphere Scale (WAS) (e.g., Røssberg e Friis, 2003), a Personal Attitude Scale II (PAS-II) (Kellar et al., 2002) e o Spontaneity Assessment Inventory Revised (SAI-R) (Kipper e Shemer, 2006; Davelaar e Kipper, 2008).

A WAS é um instrumento, largamente usado, que avalia o clima psicossocial de unidades de internamento de pacientes.

A PAS-II, uma versão resultante da revisão da versão original Personal Attitude Scale (PAS) (Collins et al., 1997), é uma escala de medida de espontaneidade constituída por 66 itens.

O SAI-R é um inventário de avaliação de espontaneidade cujo constructo, anteriormente enunciado, é o mais congruente com o conceito de espontaneidade moreniano. Optou-se, assim, pela aplicação deste instrumento.

Tendo por hipótese o psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia, com esta investigação pretendeu-se, através de um estudo empírico:

- avaliar a alexitimia de pacientes com LES, esperando-se que a elevada alexitimia seja prevalente;
- avaliar a espontaneidade, oferecendo-se um valor de referência, já que não há conhecimento de estudos que avaliem a espontaneidade em pacientes com LES, nem de estudos que avaliem a espontaneidade em qualquer amostra em Portugal;
- averiguar a relação entre alexitimia e espontaneidade em pacientes com LES, esperando-se uma correlação negativa.

Método

Através de um estudo correlacional, procedeu-se à avaliação da alexitimia e da espontaneidade numa amostra de pacientes com lupus.

Amostra

Os participantes que constituíram a amostra foram 84 adultos com lupus, 3 homens (3.6%), 80 mulheres (95.2%), e 1 participante que não especificou o seu género (1.2%). Esta distribuição está de acordo com os dados epidemiológicos.

As suas idades estavam compreendidas entre os 18 e os 81 anos, e 4 participantes não especificaram as suas idades (Média (M) = 44.23, Desvio-padrão (DP) = 14.331). Nesta amostra, 79 (94%) participantes tinham como diagnóstico LES e 5 (6%) tinham LD. Dado que a selecção da amostra teve como principal critério a prevalência de elevada alexitimia, os participantes com LD foram incluídos. Procedeu-se, assim, a uma amostragem por

conveniência, tendo sido o processo de selecção por método aleatório, como se especificou no delineamento.

Todos os participantes residem em Portugal, incluindo as ilhas Madeira e Açores.

Instrumentos

Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (anexo 1) – A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens resulta de investigação continuada a partir da versão original com 26 itens (Taylor, Ryan e Bagby, 1985, citado por Prazeres, 2004). A TAS-20 é um instrumento de auto-registo constituído por 20 itens (e.g. “É essencial estar em contacto com as emoções”, “Muitas vezes não sei porque estou irritado(a)”). É pedido aos participantes que assinalem o seu grau de concordância para cada um dos itens, numa escala tipo Likert de 5 pontos ordenada de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente. Avalia o constructo de alexitimia, teoricamente congruente com três factores que integram a estrutura factorial da TAS-20: Factor 1- dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da activação emocional (DIS); Factor 2-dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (DDS); Factor 3-estilo de pensamento orientado para o exterior (POE). Na versão portuguesa, aferida em 1996 (Prazeres, 2004), o coeficiente de precisão interna alpha de Cronbach é de 0.79. A precisão teste-reteste apresentou coeficientes de correlação de 0.90 com 3 semanas de intervalo e 0.86 com 6 semanas de intervalo. Os estudos efectuados demonstraram a replicabilidade da estrutura factorial em 3 factores. O resultado final é calculado somando o valor atribuído a cada item, sendo os itens 4, 5, 10, 18 e 19 de cotação inversa. A distribuição dos itens pelos 3 factores é a seguinte: DIS – itens 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14; DDS – itens 2, 4, 11, 12 e 17; POE – itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20. O resultado pode ser usado dimensionalmente ou nominalmente, com uma pontuação total igual ou superior a 61 considerada como assinalando elevada alexitimia. Uma nota igual ou inferior a 51 é classificada como baixa alexitimia. Os valores intermédios correspondem a alexitimia moderada.

A utilização deste instrumento foi autorizada por Nina Prazeres, que pessoalmente facultou a escala.

Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R) – É um inventário de auto-registo concebido para medir a intensidade da espontaneidade, acedendo à intensidade de sentimentos e

pensamentos que caracterizam o estado de espírito descrito como espontaneidade. Coloca-se a questão: “Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”. Segue-se uma lista de 18 itens que descrevem vários sentimentos e pensamentos tais como “pleno(a)”, “livre para criar”, “vivo(a)”, “com energia”, “desinibido(a)”, “capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites”, ou “livre para agir, até extravagantemente”. É pedido aos participantes que avaliem cada item numa escala de Likert de 5 pontos ordenada de 1=muito fraca a 5=muito forte.

O SAI-R é uma ligeira modificação da versão original do Spontaneity Assessment Inventory (SAI) (Christoforou e Kipper, 2006; Kipper e Hundal, 2005). O SAI original tinha 20 itens numa escala de Likert de 6 pontos. A investigação com o SAI revelou correlações positivas com bem-estar (Kipper e Hundal, 2005) e com a orientação temporal “presente”. Correlacionou-se negativamente com traço e estado de ansiedade, tendência obsessiva-compulsiva e com orientação temporal “passado” (Christoforou e Kipper, 2006), apresentando alpha de Cronbach de 0.88 e na situação teste-reteste uma correlação de 0.75. A versão revista SAI-R correlacionou-se positivamente com bem-estar e negativamente stress, com alpha de Cronbach de 0.79 (Kipper e Shemer, 2006). Numa série de 3 estudos (Davelaar, Araújo e Kipper, 2008) SAI-R obteve correlação positiva com motivação intrínseca, auto-eficácia e auto-estima, não se correlacionando nem com motivação extrínseca nem com desempenho ou aprendizagem orientados para um objectivo.

Não foram encontradas diferenças de género nos resultados obtidos nas várias investigações descritas.

A utilização do SAI-R foi autorizada por um dos autores, David A. Kipper, via e-mail, através do qual foi enviado o inventário original.

Na investigação actual, foi desenvolvida a adaptação para a língua portuguesa (anexo 2), seguindo os procedimentos aconselhados relativos à tradução, retroversão e demonstração da equivalência linguística cruzada entre a versão original em inglês e a versão portuguesa adaptada.

O resultado final é calculado pelo somatório do valor atribuído a cada um dos 18 itens, no intervalo possível de 18 a 90.

Procedimento

Optou-se por pedir a colaboração de uma entidade de credibilidade reconhecida perante os pacientes com lupus. Assim, através de carta de consentimento informado (anexo 3) foi contactada a Associação de Doentes com Lupus (ADL), solicitando-se colaboração na investigação. Foi requerido acesso à base de dados que reúne informação dos sócios, utilização do telefone para contacto com sócios e autorização para indicar a morada da associação como receptora dos envelopes resposta deste estudo.

Após resposta favorável, procedeu-se a um contrato de remessa sem franquias (RSF) com a empresa CTT-Correios de Portugal, S.A., que resultou na produção de envelopes com impressão do destinatário (Associação de Doentes com Lupus), sem remetente.

A partir da base de dados que contém a identificação de todos os sócios (2546), foi criada uma lista de sócios (1631) com diagnóstico de LES, excluindo deste modo participantes com outros diagnósticos ou sócios beneméritos. A lista incluía os seguintes tópicos: número de sócio, nome, contacto telefónico e tipo de lupus diagnosticado na data da inscrição na ADL, neste caso, exclusivamente os sócios com diagnóstico de LES na data de inscrição. Tendo em consideração o princípio ético da privacidade, esta lista foi constituída pelos critérios mínimos para assegurar o desenvolvimento da investigação.

Pretendeu-se uma amostra de 90 participantes, por forma a garantir a análise de consistência interna do instrumento SAI-R, já que se trata de um inventário de 18 itens com respostas numa escala tipo Likert de 5 pontos (seria desejável um número de participantes pelo menos igual ao produto da multiplicação entre os 18 itens e as 5 possíveis respostas a cada um deles, cujo resultado é 90). Clarificando, se o valor de consistência interna se revelasse inadequado, poderia recorrer-se à análise factorial.

Assim, foram seleccionados 128 pacientes numa tentativa de obter os participantes pretendidos. Foram vários os factores que determinaram este número 128. Desde logo, a reduzida percentagem de devolução de instrumentos via correio, habitualmente referida na literatura de 40 a 50% (e. g., Oppenheim, 1981), promoveu o aumento do número de pacientes a contactar. Numa primeira análise da lista, foram excluídos os sócios sem contacto telefónico ou cujo número inserido estava incorrecto (e.g. algarismos em falta). Posteriormente, foram também excluídos os sócios a quem a investigadora prestou apoio psicológico, num momento anterior ao da investigação, pretendendo-se controlar o efeito de

desejabilidade nas respostas aos instrumentos que integram o estudo. Ficaram assim reduzidos a 1462, dos iniciais 1631, os sócios susceptíveis de serem participantes. O número mínimo recomendado para estudos correlacionais, como se caracteriza o actual, é de 30 participantes. Consideram-se ainda os custos de envio e devolução dos instrumentos por correio como mais um factor condicionante ao número de participantes desejável.

Tendo em consideração estes factores, optou-se pelo escrutínio telefónico, a partir das instalações da ADL, como forma de aferir a disponibilidade para participar nesta investigação, o que só por si proporcionou um pré-compromisso implícito, reforçado pelo facto da morada dos pacientes ser por eles facultada nesta primeira abordagem. Esta medida, revelou-se uma boa estratégia para aumentar o número de participantes, uma vez que foram recebidos 96 (75%) envelopes dos 128 enviados. Destes 96 foram validados 84 (87.5% dos recebidos), que constituem a amostra deste estudo.

O critério inicial de selecção dos participantes foi determinado pelo seu número de sócio ser um múltiplo de 9. O processo de selecção da amostra é o de amostragem sistemática e considerada aleatória, uma vez que o número de sócio é atribuído por ordem de inscrição que é efectuada pelos pacientes com qualquer tipo de lupus ou por beneméritos.

Procedeu-se ao contacto telefónico dos pacientes seleccionados, respeitando a ordem crescente da lista. Alcançado o final da lista, o número de pacientes disponíveis para participar não era suficiente, devido a números de telefone não actualizados ou não atribuídos, ao não atendimento da chamada, a óbitos e à indisponibilidade para participar neste estudo.

Foi estabelecido novo critério, mantendo a amostragem sistemática. Os pacientes a contactar seriam aqueles cujo número de sócio fosse o imediatamente a seguir ao número múltiplo de 9 omissos (nesta lista constava uma parte da totalidade de sócios, alguns números múltiplos de 9 não correspondiam ao critério diagnóstico LES). Desta vez, os telefonemas foram efectuados na sequência decrescente. Esgotado este critério, eram ainda necessários 8 pacientes disponíveis.

Recorreu-se ainda ao critério número de sócio cujo último dígito fosse 9 (e ainda não contactado, já que alguns múltiplos de 9 apresentam este algarismo como último), por forma a perfazer os 128 pacientes disponíveis para participar na actual investigação.

Concluído este escrutínio, foram 3 os pacientes não disponíveis para participar nesta investigação.

Seleccionados os pacientes disponíveis, procedeu-se ao envio dos instrumentos para as respectivas moradas, todas em Portugal, inclusive nas ilhas da Madeira e Açores.

Os envelopes enviados aos participantes continham os seguintes documentos, agrafados, pela ordem descrita:

Carta da ADL solicitando colaboração no estudo (anexo 4)

Carta de apresentação do estudo (anexo 5)

Carta de consentimento informado (anexo 6)

Formulário de características individuais (anexo 7)

TAS-20

SAI-R

Envelope RSF, com destinatário impresso

Na tentativa de controlar a contaminação dos resultados obtidos, procedeu-se ao contrabalanceamento dos instrumentos. Assim, a metade dos pacientes seleccionados foi enviado o TAS-20 como primeiro instrumento seguido do SAI-R e a outra metade, inversamente, foi enviado como primeiro instrumento o SAI-R, seguido do TAS-20.

Tendo mais uma vez em consideração os princípios éticos, foi garantido o anonimato dos participantes e a sua participação nesta investigação foi voluntária, sem qualquer tipo de gratificação.

Resultados

Apresentam-se todos e apenas os resultados relevantes para esta investigação.

Os coeficientes de precisão interna, avaliados pelo alpha de Cronbach (α), para os dois instrumentos completos foram de 0.794 para a TAS-20 e de 0.940 para o SAI-R, o que relativamente ao primeiro é similar ao obtido com a versão portuguesa da TAS-20 (Prazeres, 2004) e no que respeita ao segundo, versão adaptada para a língua portuguesa, é superior a qualquer dos valores obtidos com a versão original (Davelaar et al., 2008; Kipper e Shemer, 2006).

À semelhança dos resultados obtidos na versão portuguesa da TAS-20 (Prazeres, 2004), os coeficientes de precisão interna registados nos factores são de boa consistência interna para DIS, com $\alpha=0.861$ mas mais baixos para DDS e POE, $\alpha=0.590$ e $\alpha=0.283$, respectivamente, sendo estes últimos valores inferiores ao que seria adequado. Deste modo, referimos apenas os valores e correlações que derivaram das análises de fidelidade adequadas.

As cotações dos participantes na TAS-20 revelaram no total $M=59.120$, com $DP=12.431$. Procedeu-se à caracterização da alexitimia, conforme valores de referência estabelecidos, obtendo-se uma prevalência de 48.8% para elevada alexitimia, com 26.2% dos participantes categorizados em baixa alexitimia e 25% com alexitimia moderada.

Nas respostas dadas ao SAI-R, obteve-se $M=54.89$, com $DP=13.693$. De notar que esta média é muito próxima do valor médio 54 do intervalo possível de resposta ao SAI-R, entre 18 e 90.

O coeficiente de correlação de Pearson (r), utilizado para analisar a correlação entre os dados obtidos nas respostas ao SAI-R e à TAS-20, revelou-se $r=-0.418$, estatisticamente significativo para um nível de 0.01 ($p<0.01$). Analisou-se também a correlação entre DIS e SAI-R, obtendo-se uma correlação $r=-0.390$ ($p<0.01$). Procedeu-se ainda à selecção das categorias elevada e baixa alexitimia e cruzaram-se os dados com os resultados do SAI-R, que resultou em $r=-0.474$ ($p<0.01$).

Discussão

Como previsto, os resultados obtidos demonstraram a prevalência de elevada alexitimia em pacientes com LES. Estes dados corroboram as avaliações encontradas noutros estudos (e.g., Barbosa, 2005; Lumley, 2005).

Conforme esperado, obteve-se uma correlação negativa, estatisticamente significativa e moderada, entre alexitimia e espontaneidade.

A pretensão de oferecer um valor de referência na avaliação da espontaneidade em Portugal foi concretizada.

O facto da amostra ser constituída quase exclusivamente por participantes do sexo feminino, não parece constituir uma limitação, já que não foram encontradas diferenças de género nos estudos de Kipper (Davelaar et al., 2008; Christoforou e Kipper, 2006; Kipper e Shemer, 2006).

Desconhecendo-se estudos que avaliem a correlação entre alexitimia e espontaneidade, a comparação dos resultados obtidos não é possível. Assim, relacionaram-se os resultados obtidos com os postulados da literatura.

Pensa-se ter conseguido responder de forma positiva a alguns desafios lançados por Vanheule (2008) foram bem sucedidos, nomeadamente na inclusão de amostras clínicas, com um número substancial de participantes com elevada alexitimia e também na associação a modelos teóricos que possam conduzir a prática de psicologia clínica e de psicoterapia com pacientes alexitímicos.

Com efeito, a amostra clínica constituída por pacientes com LES apresentou em cerca de metade (48,8%) uma elevada alexitimia.

Isto conduziu a tentar integrar o modelo conceptual de McDougall e o psicodrama, modelo de psicoterapia que permite a sua aplicação sob a perspectiva de várias teorias, privilegiando a expressão emocional e o treino da espontaneidade.

Clarificando, a correlação negativa entre alexitimia e espontaneidade significa que, tendencialmente, quanto mais elevada a pontuação na escala de alexitimia, mais baixas as pontuações obtidas no inventário de espontaneidade, e vice-versa, quanto mais baixos os valores de alexitimia, mais forte será a espontaneidade medida. E esta correlação com a espontaneidade é mais forte nos valores obtidos nos extremos da alexitimia, quando analisadas em conjunto as categorias baixa alexitimia e elevada alexitimia.

Podrá questionar-se a correlação entre os resultados obtidos nos instrumentos SAI-R e TAS-20, numa amostra em que prevalece a elevada alexitimia, com base num instrumento de auto-

registo (SAI-R) que remete para a avaliação de sentimentos e pensamentos. Kipper (2006, p. 129) chama a atenção para que “um número ímpar de opções de resposta oferece uma opção “meio-termo”, tal como nem fraco nem forte, para respondentes que possam ter dificuldade em caracterizar os seus próprios sentimentos como espontâneos ou não”. Este poderia ser o factor explicativo dos resultados obtidos no SAI-R, já que apresentam uma média tão próxima da média do intervalo possível do próprio SAI-R.

No entanto, e reside aqui a argumentação do exercício teórico inicial, o pedido que é feito aos participantes é que avaliem a intensidade com que têm esses sentimentos e pensamentos durante um dia típico, de acordo com o constructo do SAI-R, concebido para medir a intensidade da espontaneidade, acedendo à intensidade de sentimentos e pensamentos que caracterizam o estado de espírito descrito como espontaneidade.

Deste ponto de vista, a alexitimia correlaciona-se negativamente com a intensidade de sentimentos e pensamentos.

Não se podendo inferir dos resultados que exista qualquer relação de causalidade entre alexitimia e espontaneidade (avaliada pela intensidade de sentimentos e pensamentos), podemos afirmar, pela correlação negativa entre elas, que o aumento do valor de uma tem associada a redução linear do valor da outra (Maroco e Bispo, 2003, p. 261).

Podemos colocar ainda outra questão: se todas as percepções capazes de evocar reacções afectivas poderosas são evitadas ou rapidamente repudiadas da consciência, como podem os participantes, maioritariamente com elevada alexitimia, aceder à avaliação da intensidade de sentimentos e pensamentos? McDougall (1989) salienta que, pela intensidade, a emoção que experimentaram se tornou desorganizadora, defendendo que a alexitimia não é uma incapacidade para vivenciar ou expressar emoção, mas antes uma incapacidade para conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva, designando estes pacientes como desafectados. Assim, parece esclarecer-se que reconhecem a intensidade, no entanto, porque desorganizadora, é escoada da percepção, impondo uma morte da vitalidade interna.

A crer na proposta de McDougall, a intensidade teria de correlacionar-se negativamente com a alexitimia.

Pelos pressupostos do psicodrama, esta incapacidade para conter e reflectir sobre um excesso de experiência afectiva, pode ser agida. Assim, tolerando e permitindo a passagem ao acto, dentro de um contexto que oferece segurança de execução e sob a orientação de terapeutas aptos a utilizar a experiência (Moreno, 1964), será possível o actuar de dentro, proporcionando ao terapeuta uma oportunidade para avaliar o comportamento do paciente e conferindo ao paciente a possibilidade de se avaliar a si mesmo (introvisão da acção) (Moreno, 1946).

Se a experiência passada é um dos factores que actuam como mecanismo de controlo da espontaneidade, estabelecendo parâmetros que determinam se a expressão da espontaneidade é ou não adequada (Davelaar et al., 2008), e um défice de espontaneidade causado por experiências passadas dolorosas, e. g., repressão ou ansiedade severa, exige intervenções terapêuticas intensas que tendam a aumentar a confiança dos clientes para expressar, em segurança, comportamentos espontâneos, então a fase de aquecimento, processo de excitação que estimula o estado de espontaneidade, que pode ser desencadeado por estimulações externas ou internas (Kipper, 2006), aumenta a intensidade dos sentimentos e pensamentos, e potencia a revelação da experiência afectiva que o paciente é incapaz de conter e reflectir.

Sabendo que a espontaneidade é acedida por um processo de excitação, a nossa proposta é a de que proporcionando o aumento da intensidade destes sentimentos, por via dos processos de aquecimento, os sentimentos possam ser identificados, nomeados, através da ressignificação da experiência traumática inicial.

Então a proposta de Kipper (2007) de abordar o psicodrama como terapia de reintegração experiencial pela acção (ERAT), uma abordagem emocional correctiva, parece assim justificar-se em pacientes alexitímicos, através da nova experiência proporcionada, com intensidade emocional suficiente para erradicar ou modificar as experiências antigas e do *feedback* dos membros do grupo e do terapeuta.

Neste contexto, a dificuldade de expressão de sentimentos fica facilitada pela comunicação não verbal, corporal, e cessam as torrentes de descrições factuais, travando o pensamento orientado para o exterior.

Como modelo terapêutico, tem como preocupação as experiências que parecem estar na base do sofrimento psicológico e/ou outras disfunções.

Propondo diferentes estratégias para diferentes experiências, que são incluídas em quatro categorias (Kipper, 2007), salientam-se as que se evidenciam pertinentes em distúrbios alexitímicos.

Na categoria de experiências encapsuladas, a mudança dos efeitos destas experiências pode ser conseguida quer através da catarse, quer através de um novo final sugerido pelo protagonista ou de vários finais positivos alternativos, sugeridos pelos membros do grupo e/ou pelo director.

Na categoria de experiências não percebidas ou efectivamente não experienciadas, por acontecimentos que ainda não ocorreram na realidade, as estratégias seriam a concretização de um sonho ou fantasia e a prática de novas competências.

Pode então, pelas experiências vivenciais num contexto protegido e seguro, promover-se a capacidade imagética e desenvolver-se as competências sociais relacionais adequadas, libertando o paciente de condutas repetitivas e da aparente adaptação normopática.

Quanto à equivalência encontrada nos conceitos de McDougall (1982) e de Yablonsky (1972, cit. por Kipper, 2000) que se assinalaram anteriormente, o psicodrama parece então reforçar que, respectivamente, o estilo adaptativo (às exigências da realidade externa, normopatía) ou baixo nível de espontaneidade (conduta repetitiva, robopatía), podem beneficiar do desenvolvimento da espontaneidade, integrado na ERAT (Kipper, 2007), promovendo a adequabilidade da resposta pela nova solução a esta situação antiga.

Pela argumentação fundamentada, ficam contemplados todos os traços englobados no constructo da alexitimia: dificuldade em identificar sentimentos, dificuldade em descrever sentimentos a outros, pensamento orientado para o exterior e capacidade imaginária limitada.

Não negligenciando a presença do auditório, este pode reparar, por hipótese, a falha na relação primária que se postula ter existido (McDougall, 1982), co-sentindo (Pedro, 2008) e dando nome aos sentimentos dos pacientes alexitímicos, facilitando a discriminação entre sentimentos e outras sensações corporais, promovendo, para além da vivência, a expressão verbal dos mesmos. Lembrando que mesmo em repouso ou em pensamento (Moreno, 1964) se pode ser espontâneo, aos pacientes alexitímicos pode permitir-se, ainda, pelas dramatizações dos outros membros do grupo, observar e comentar (*feedback*) as suas expressões emocionais, verbalizando o que viram, o que sentiram e como isso se relaciona com a sua vida.

No contexto do psicodrama, a alexitimia sendo um factor de risco, e tão frágil, exige por parte dos psicoterapeutas um manejo cuidado das técnicas, que devem ser utilizadas com extrema precaução, prevenindo a retraumatização (Hudgins, 2002, cit. por Kipper, 2007).

Este estudo fornece, então, uma pista para uma resposta afirmativa à questão inicialmente colocada (será possível reduzir ou tratar a alexitimia?). Não sendo, por certo, a única abordagem psicoterapêutica capaz de dar uma resposta afirmativa a esta questão, parece potencialmente promissora.

Esta investigação constituiu-se como uma proposta, fundamentada em dados empíricos, do psicodrama como abordagem psicoterapêutica à alexitimia.

No entanto, os resultados empíricos não podem ser generalizados, não só pela amostra não ser representativa da população, como pela ausência de um grupo de controlo e, no que se refere aos eventuais efeitos de psicodrama nos níveis de alexitimia, pela ausência de uma manipulação experimental, tendo por tratamento a participação em psicoterapia psicodramática.

Não pode ainda assegurar-se que quem preencheu os instrumentos foi efectivamente um paciente com lupus nem, se efectivamente, estes foram preenchidos pela ordem enviada. Estas são limitações inerentes ao envio dos instrumentos pelo correio.

Também o instrumento utilizado para avaliar a alexitimia, tendo sido de auto-registo, não atende às recomendações de estudos recentes (e.g., Vanheule, 2008; Lumley, 2004).

Apesar de este ser um estudo pioneiro na exploração de relação entre a espontaneidade e a alexitimia, não foram integradas outras variáveis que possam influenciar esta relação.

Tendo em conta estas limitações, seria interessante realizar-se um estudo longitudinal, procedendo-se à efectiva intervenção psicodramática com pacientes alexitímicos, controlando outras variáveis e incluindo um grupo de controlo, com diferentes momentos de avaliação da alexitimia.

Com o valor promissor do coeficiente de precisão interna do SAI-R, na sua versão adaptada, sugere-se a sua aplicação em diferentes amostras, com o propósito de validar este instrumento para a população portuguesa, que se prevê de imperioso na investigação na área do psicodrama.

Neste sentido, actualmente desenvolve-se uma investigação com a classe profissional de enfermagem, perspectivando-se a avaliação da espontaneidade com recurso ao SAI-R, versão adaptada.

Com a convicção reforçada de que o psicodrama pode revelar-se como terapia de referência nos distúrbios alexitímicos, considerou-se atingida a pretensão de contribuir, através de confirmação empírica, para a validação de que a abordagem psicodramática pode favorecer a identificação e elaboração da dificuldade de identificar e expressar sentimentos, atenuar o pensamento orientado para o exterior e enriquecer o imaginário.

Referências Bibliográficas

Blatner, A. (1973, 3ª ed. 1996). *Acting in: Practical Applications of Psychodramatic Methods*. New York: Springer Publishing Company.

Blatner, A., & Cukier, R. (2007). Appendix: Moreno's Basic Concepts. In *Psychodrama: advances in theory and practice*, 293-306. New York: Routledge.

Barbosa, F. (2005). *Estilo de vinculação em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico e em pacientes com asma*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: ISPA.

Christoforou, A., & Kipper, D. A. (2006). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI), Anxiety, Obsessive-Compulsive Tendency, and Temporal Orientation. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 23-34.

Collins, L. A., Kumar, V. K., Treadwell, T. W., & Leach, E. (1997). The Personal Attitude Scale: A Scale to Measure Spontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 49, 147-156.

Cukier, R. (1992). *Psicodrama Bipessoal: sua técnica, seu terapeuta e seu paciente*. São Paulo: Ágora.

- Davelaar, P. M., Araujo, F. S., & Kipper, D.A. (2008). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-efficacy, and self-esteem. *The Arts in Psychotherapy, 35*, 117-128.
- Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática, vol.3 (2)*, 97-115.
- Hammer, R. D. (2000). New approaches to Psychodrama. *International Journal of Action Methods, 52*, 155-161.
- Helmes, E., McNeill, P.D., Holden, R. R., & Jackson, C. (2008). The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 318-331.
- Kellar, H., Treadwell, T., Kumar, V. K., & Leach, E. (2002). The Personal Attitude Scale-II: A Revised Measure of Spontaneity. *The International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training, and Role Playing, 55*, 35-46.
- Kipper, D. A. (2000). Spontaneity: Does the experience match the theory? *Internacional Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill Training and Role Playing, 53*, 33-47.
- Kipper, D. A. (2006). The canon of spontaneity-creativity revisited: The effect of empirical findings. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry, 59*, 117-125.

- Kipper, D. A. (2007). Reformulating psychodrama as an experiential reintegration action therapy (ERAT). The corrective emotional approach. In *Psychodrama: advances in theory and practice*, 41-52. New York: Routledge.
- Kipper, D. A., & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI): The relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 58, 119-129.
- Kipper, D. A., & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 127-136.
- .
- Lane, R. D., & Garfield, D. A. S. (2005). Becoming Aware of Feelings: Integration of Cognitive-Developmental, Neuroscientific, and Psychoanalytic Perspectives. *Journal of Neuro-Psychoanalysis*, 7, 5-30.
- Lumley, M. A. (2004). Alexithymia, Emotional Disclosure, and Health: A Program of Research. *Journal of Personality*, 72, 1271-1300.
- Lumley, M. A., Radcliffe, A. M., Macklem, D. J., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C. C., Huffman, J. L., D'Souza, P. J., Gillis, M. E., Meyer, T. M., Kraft, C. A., & Rapport, L. J. (2005). Alexithymia and Pain in Three Chronic Pain Samples: Comparing Caucasians and African Americans. *Pain Medicine*, 6, 251-261.

- Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The Assessment of Alexithymia in Medical Settings: Implications for Understanding and Treating Health Problems. *Journal of Personality Assessment, 89*, 230-246.
- Maggio, L. M.. (2007). Externalizing Lupus: A Therapist/Patient's Challenge. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 576-581.
- Maroco, J., & Bispo, R. (2003). Análise de Correlação. In *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*, 259-278. Lisboa: Climepsi.
- Mattila, A. (2009). *Alexithymia in Finnish General Population*. Dissertação Académica. Tampere: University of Tampere. (<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7563-4.pdf>)
- Matos, A. Coimbra de. (2007). A função da psicanálise na ressignificação de vínculos pré-existentes e na construção de novas ligações: o processo de mudança na cura analítica e a mudança no processo analítico. *Conferência no II Congresso Luso-Brasileiro de Psicanálise, 15-17 de Novembro, Bahia, Brasil*.
- McDougall, J. (1982, ed. trad. 1986). Reflections on Affect: A psychoanalytic view of Alexithymia. In *Theatres of the mind. Illusion and truth on the psychoanalytic stage*, 147-179. London: Free Association Books.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body. A psychoanalytical approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.

McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico psicanalítico*. Lisboa: Climepsi.

Moreno, J. L. (1946, 11ª ed. 2007). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.

Moreno, J. L., & Moreno, Z. (1975, 1ª ed. trad. 2006). *Psicodrama: terapia de ação & princípios da prática*. São Paulo: Daimon.

Oppenheim, A. N. (1981). Part 2: Methods and strategies of survey research. In *Research methods in education and the social sciences*, 35-87. Oxford: Open University Press.

Pedro, A. F. Mendes. (2008). Posfácio: O poder da ação – a psicomotricidade como terapia. In *Um olhar para a criança. Psicomotricidade Relacional*, 289-297. Lisboa: Trilhos Editora.

Pio-Abreu, J. L. (1992, 3ª ed. 2006). *O Modelo do Psicodrama Moreniano*. Lisboa: Climepsi.

Pio-Abreu, J.L., & Villares-Oliveira, C. (2007). How does psychodrama work?: theory is embedded in the psychodramatic method. In *Psychodrama: advances in theory and practice*, 127-137. New York: Routledge.

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.2 (1), 109-121.

- Prazeres, N., Taylor, G., & Parker, J. (2004). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa, 1ª Ed, Vol II*, 87-99. Coimbra: Quarteto.
- Røssberg J. I., & Friis, S. (2003). Do the spontaneity and anger and aggression subscales of the Ward Atmosphere Scale form homogeneous dimensions? A cross-sectional study of 54 wards for psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *107*, 118-123.
- Seawell, A. H., & Danoff-Burg, S. (2004). Psychosocial research on systemic lupus erythematosus: a literature review. *Lupus*, *13*, 891-899.
- Senécal, J. (1994). *Lupus: a doença das mil faces*. Lisboa: Freitas Brito Artes Gráficas.
- Sweet, J. J., Doninger, N. A., Zee, P. C., & Wagner, L. I. (2004). Factors Influencing Cognitive Function, Sleep, and Quality of Life in Individuals With Systemic Lupus Erythematosus: A Review of the Literature. *The Clinical Neuropsychologist*, *18*, 132-147.
- Torres, A. R., Lima, M. C. P., & Ramos-Cerqueira, A. T. A. (2001). Tratamento do transtorno de pânico com terapia psicodramática de grupo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *23*, 141-148.

- Vanheule, S. (2008). Challenges for Alexithymia Research: A Commentary on “The Construct of Alexithymia: Associations with Defense Mechanisms”. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 332-337.
- Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens – I: Adaptação linguística, validação semântica, e estudo de fiabilidade. *Acta Médica Portuguesa, 14*, 529-536.
- Vieira, F.(1999). *(Des)dramatizar na doença mental – Psicodrama e Psicopatologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vieira, F., & Risques, M. (2007). Psychodrama and psychopathology. In *Psychodrama: advances in theory and practice*, 245-260. New York: Routledge.
- Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry, 18*, 13-24.

TAS-20

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem discordo nem concordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso/a sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido/a, não sei se me sinto triste, assustado/a ou zangado/a.	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado/a com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado/a.	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo/a de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

©(Taylor, Bagby & Parker, 1992)

Adaptação de Nina Prazeres (F.P.C.E.-U.L.) autorizada por G. J. Taylor.

SAI-R: Experiência Pessoal

O inquérito seguinte foi elaborado para ajudar a entender os sentimentos e pensamentos que as pessoas vivenciam em diferentes situações durante um dia típico. Gostaríamos que compartilhasse connosco as suas experiências relativamente a esse aspecto. **Instruções:** Os 18 diferentes sentimentos e pensamentos apresentados abaixo referem-se à questão em negrito. Deverão ser avaliados nas escalas ordenadas de 1 = Muito Fraca até 5 = Muito Forte, que aparecem à direita de cada item. Por favor leia cada item cuidadosamente e assinale com um círculo o número à sua direita que melhor descreve a intensidade dos seus sentimentos ou pensamentos. É importante que você não deixe em branco nenhum dos itens. Não há respostas certas ou erradas.

“Com que intensidade é que você tem estes sentimentos ou pensamentos durante um dia típico?”

Muito Fraca	Fraca	Nem Fraca nem Forte	Forte	Muito Forte
1	2	3	4	5

01.Criativo/a	1	2	3	4	5
02.Feliz	1	2	3	4	5
03.Desinibido/a	1	2	3	4	5
04.As coisas parecem fluir	1	2	3	4	5
05.Vivo/a	1	2	3	4	5
06.Livre para criar	1	2	3	4	5
07.Eufórico/a	1	2	3	4	5
08.Livre para agir, até extravagantemente	1	2	3	4	5
09.Vivendo plenamente com equilíbrio	1	2	3	4	5
10.Com energia	1	2	3	4	5
11.Com controlo	1	2	3	4	5
12.Leve e amorosamente	1	2	3	4	5
13.Pleno/a	1	2	3	4	5
14.Prazer	1	2	3	4	5
15.Poderoso/a	1	2	3	4	5
16.Bem sucedido/a	1	2	3	4	5
17.Capaz de fazer qualquer coisa, dentro dos limites	1	2	3	4	5
18.Alegre	1	2	3	4	5

Exmos. Srs.
Direcção da Associação de
Doentes com Lupus

Vera Mónica Nunes Valério Batista, aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), que no ano lectivo 2006/07 estagiou na vossa Associação, prestando Apoio Psicológico, pretende realizar, no âmbito do plano curricular do referido Mestrado, um trabalho de investigação junto dos pacientes com Lupus Eritematoso Sistémico inscritos na vossa Associação. Este trabalho de investigação reveste-se de carácter obrigatório para a conclusão do Mestrado Integrado. Assim, e de acordo com os objectivos a atingir, estudo da alexitimia e da espontaneidade em pacientes com Lupus Eritematoso Sistémico, constituindo-se como uma possibilidade de elucidação acerca da intervenção psicoterapêutica nestes pacientes, a signatária vem por este meio solicitar a V. Exas. autorização para a aplicação de dois instrumentos de estudo junto dos vossos associados com Lupus Eritematoso Sistémico:

- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20);
- SAI-R (inventário de avaliação da espontaneidade).

Desde já informa que será assegurado o anonimato dos pacientes e que não resultarão quaisquer danos físicos ou psicológicos para os pacientes incluídos. A organização da pesquisa será realizada em tempo útil, inicialmente por contacto telefónico com os participantes, seleccionados aleatoriamente através dos vossos ficheiros, e posteriormente via correio.

Grata pela vossa disponibilidade e certa de que esta solicitação merecerá por parte de V. Exas. toda a atenção, os melhores cumprimentos.

A investigadora



Associação de Doentes com Lupus

N/Refª138/08

Lisboa, 10 de Novembro de 2008

Caro(a) Associado(a)

Gostaríamos que uma vez mais nos ajudasse a contribuir para a realização de uma investigação relacionada com o Lupus.

Assim, vimos pedir a sua colaboração neste trabalho realizado por Vera Valério Batista, aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

A Associação agradece a sua participação.

A Associação de Doentes com Lupus

Apresentação do estudo aos participantes

Exmo(a). Sr(a).

Conforme contacto telefónico que estabeleci consigo em que manifestou disponibilidade para participar neste estudo, venho por este meio enviar-lhe os documentos necessários para a sua realização:

1. Carta sobre o consentimento informado;
2. Formulário de características individuais;
3. Uma escala e um inventário;
4. Envelope para devolução destes documentos.

Os documentos encontram-se agrafados (num total de quatro folhas) e deverão ser devolvidos, após preenchimento, dobrados a meio, no envelope enviado para o efeito. Este **envelope já tem inscrito o destinatário** (Associação de Doentes com Lupus, ao cuidado de Vera Valério Batista) e **não necessita de selo**.

Para que este estudo seja válido, é importante que **responda a todas as questões**. Por favor, antes de devolver os documentos, certifique-se que não deixou nenhuma resposta por assinalar.

No caso de concordar em participar neste estudo, **agradece-se a devolução dos documentos com a brevidade possível**.

A investigadora
Vera Valério Batista

CARTA SOBRE O CONSENTIMENTO INFORMADO

Este estudo tem como objectivo avaliar a espontaneidade e a forma de expressão das emoções em pacientes com Lupus, por forma a tentar contribuir para o esclarecimento do tipo de ajuda psicológica mais adequada nestes pacientes.

A sua participação neste estudo é **voluntária e gratuita**, sem direito a qualquer tipo de recompensa ou despesa pessoal.

Por ter manifestado disponibilidade (telefonicamente) para participar neste estudo, não é obrigatório continuar a fazer parte desta investigação. **Pode desistir a qualquer altura**, sem qualquer tipo de penalização.

Posso assegurar-lhe que a sua participação não envolve quaisquer danos físicos ou psicológicos.

Está garantido o anonimato, agradecendo que **não coloque o seu nome** ou qualquer outra forma de identificação **em nenhum dos documentos** a devolver via correio, nem mesmo no envelope que lhe é enviado para o efeito.

Solicita-se o **preenchimento dos documentos no mesmo momento**, numa altura em que se sinta disponível para o fazer.

Face ao exposto, por favor assinale a resposta que mais se adequa à sua opinião.

Concordo em participar neste estudo.

Não concordo em participar neste estudo.

FORMULÁRIO DE CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS

Sexo: Masculino Feminino

Idade: ____ anos

Escolaridade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4ª Classe | <input type="checkbox"/> Bacharelato |
| <input type="checkbox"/> 9º Ano | <input type="checkbox"/> Licenciatura |
| <input type="checkbox"/> 12º Ano | <input type="checkbox"/> Pós-Graduação |
| <input type="checkbox"/> Curso Técnico-
Profissional | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| | <input type="checkbox"/> Doutoramento |

Situação Profissional:

- Empregado(a)
 Desempregado(a)
 Reformado(a)
 Outra _____

Tipo de Lupus:

- Lupus Eritematoso Sistémico
 Outro _____

Fase actual da doença:

- Activa
 Remissão

Data do início dos sintomas (*) _____

Data do diagnóstico (*) _____

Data do último surto (*) _____

(*) No caso de não saber a data precisa, coloque o ano da ocorrência.