

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Mãe, deixa-me respirar!

A relação entre a depressão e a ansiedade da
mãe no desenvolvimento da asma na criança.

Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica

Beatriz Luna Pais Nº 1237

Ref. 15730

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BIBLIOTECA

Orientador: Professor Doutor Carlos Amaral Dias

Lisboa, Maio 2003

Índice

RESUMO	8
RÉSUMÉ	10
ABSTRACT	11
CAPITULO I	12
1 INTRODUÇÃO	12
2 BREVE HISTÓRIA DA PSICOSSOMÁTICA	15
2.1 Modelos Psicodinâmicos	17
2.1.1 Freud	17
2.2 Escola Psicossomática Americana	20
2.3 Escola Psicossomática de Paris	25
3 ALEXITIMIA	30
4 ANSIEDADE	33
4.1 Introdução	33
4.2 Diferenciações fenomenológicas	34
4.3 Teorias sobre a ansiedade	36
4.4 Análise Semiológica	37
5 DEPRESSÃO	43
5.1 Breve nota histórica	43
5.2 Psicopatologia da Organização Depressiva	45
5.3 Depressão no Adoecer Somático	56
6 RELAÇÃO MÃE-FILHO	58

7	RELAÇÃO MÃE-CRIANÇA ASMÁTICA	69
8	ASMA.....	76
8.1	Breves noções históricas.....	76
8.2	Incidência	78
9	ASPECTOS CLÍNICOS DA ASMA	80
10	DESCRIÇÃO DA CRIANÇA ASMÁTICA.....	82
11	TRATAMENTO	86
CAPITULO II.....		88
1	ABORDAGEM METODOLÓGICA	88
1.1	Síntese Teórica e Questões de Investigação	88
1.2	Metodologia	91
1.2.1	Definição das Hipóteses.....	91
1.2.2	Definição das Variáveis	92
1.2.3	Procedimento	93
1.2.4	Caracterização da Amostra	94
1.2.5	Método de Pesquisa.....	100
CAPÍTULO III.....		105
1	APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..	105
1.1	Análise Exploratória.....	105
1.2	Análise Estatística Face às Conjecturas da Característica da Amostra.	110
1.3	Análise Estatística - Teste das Hipóteses.....	113
1.3.1	Teste da Hipótese 1 (H1).	113
1.3.2	Teste da Hipótese 2 (H2).	118

1.3.3	Teste da Hipótese 3 (H3).	122
1.3.4	Teste da Hipótese 4 (H4).	123
1.4	Classificação dos Graus de Depressão e Ansiedade	124
1.4.1	Classificação dos graus de depressão	124
1.4.2	Classificação dos graus de ansiedade.	125
CAP IV	CONCLUSÕES	127
1	LIMITES DO ESTUDO	134
2	ESTUDOS FUTUROS	136
	BIBLIOGRAFIA	139
	ANEXOS	148

Para a Patrícia e a Carolina

AGRADECIMENTOS

Finalizado este trabalho, gostaria de deixar expresso os meu agradecimento a todos os que me ajudaram e me apoiaram através da sua amizade ou simplesmente pela solidariedade expressa.

Pela impossibilidade de a todos mencionar, deixo aqui os meus agradecimentos aos que estiveram mais ligados a este trabalho.

Gostaria que as minhas primeiras palavras fossem para o meu grande mestre e amigo, Professor Doutor Carlos Amaral Dias com o qual gostaria de continuar a aprender e a “crescer”.

Muito obrigada pelo estímulo, conhecimento e amizade.

À Equipa de Alergologia do Hospital de St^a Maria que tão disponíveis se mostraram na colaboração para a recolha da amostra.

Ao Mestre Paulo Motta Marques, pelo apoio, amizade e camaradagem dispendidas ao longo deste tempo.

À Dra. Cristina Fachada que contribuiu com toda a sua disponibilidade e simpatia.

Ao Dr. João Serro pela generosidade e disponibilidade.

Ao Professor Dr. Coimbra de Matos pelo afecto, optimismo, confiança e saber.

À minha família, ao meu marido e às minhas filhas

RESUMO

O nosso trabalho consistiu num estudo comparativo entre trinta mães de crianças com o diagnóstico de asma estabelecido clinicamente e o de trinta mães de crianças sem asma.

Pretendemos investigar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos no que se refere à ansiedade e à depressão maternas e se as crianças asmáticas apresentavam também elas diferenças significativas face ao grupo de controlo no que se refere à dificuldade de separação da mãe e angústia do oitavo mês.

Utilizamos como instrumentos de avaliação para a depressão o Inventário de Auto-Avaliação de Beck e para a ansiedade a Escala de Auto-Avaliação de Zung.

Para a compreensão da relação precoce foi elaborado por nós um inquérito.

Analisando os resultados obtidos, pudemos concluir haver a existência de diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos com predomínio do grupo de mães com filhos asmáticos face à ansiedade e à depressão.

Verificamos ainda, que as crianças asmáticas apresentaram menor nível de índice de angústia do oitavo mês assim como valores estatisticamente significativos no modo como se encontravam ligados à mãe, mostrando um maior apego à sua figura.

Esta maior dificuldade em se separar da mãe, poderá mais tarde reflectir-se numa relação patológica, dificultando a separação/individuação destas crianças prejudicando assim um saudável desenvolvimento emocional.

RÉSUMÉ

Ce travail entreprend une étude comparative entre deux groupes de trente mères chacun dont les enfants, dans l'un, n'ont jamais eu de l'asthme tandis que, dans l'autre, les enfants présentent un diagnostic confirmé d'asthme.

Nous avons cherché à établir des différences statistiquement significatives entre ces deux groupes en ce qui concerne l'éventualité d'anxiété et de dépression maternelles.

Nous avons encore cherché à savoir si les enfants souffrant d'asthme ont de plus grandes difficultés de séparation avec leur mère et si ces enfants présentent l'angoisse du huitième mois.

Pour l'étude de l'anxiété des mères, nous avons utilisé l'inventaire d'Auto-Estimation de Beck et, pour la dépression, celui de Zung.

En revanche, pour les rapports précoces de l'enfant, nous avons mené une enquête selon notre propre méthode et conclu que le groupe de mères d'enfants asthmatiques domine nettement l'autre groupe dès qu'il s'agit de séparation.

Nous pouvons ainsi déduire que les enfants asthmatiques restent plus étroitement liés à leur mère. Leur difficulté à s'en séparer peut évoluer vers une situation relationnelle pathologique pouvant déclencher l'asthme.

..

ABSTRACT

Our work consisted of a comparative study between thirty mothers of children with the diagnosis of asthma established clinically and the one of thirty mothers of children without asthma.

We pretended to investigate if statistically significant differences existed between these two groups in what concerns maternal anxiety and depression and if the asthmatic children presented also themselves significant differences comparing to the control group in what concerns the difficulty in separating from the mother and the anguish of the eight month.

We utilized as evaluation tools for depression the inventory of auto-evaluation of Beck and for anxiety the scale of auto-evaluation of Zung.

For the comprehension of the primary relation, a questionnaire was developed by us.

Analysing the data, we can conclude, that statistically significant differences exist between these two groups with prevalence of the group of mothers with asthmatic children vis-à-vis anxiety and depression.

We can also notice that the asthmatic children presented less anxiety level of the eight month as well as statistically significant values in the way they were bonded to their mothers, showing a greater attachment to them.

This greater difficulty in separating from their mothers can later translate into a pathologic relationship, making more difficult the separation of these children and impairing their emotional development.

CAPITULO I

1 INTRODUÇÃO

Neste início de século onde existe uma predominância da vertente científica temos cada vez mais a ideia de que a prática da medicina exclusivamente ligada ao órgão se vai esbatendo para dar lugar a uma nova visão do doente em que as alterações fisiopatológicas do organismo são interpretadas como forma de expressão de afectividade e de conflitos subjacentes não resolvidos.

Um dos factores mais limitativos do conhecimento humano, nas ciências, foi a divisão entre corpo e espírito, pelo que hoje em dia se sente a necessidade de superar essa dicotomia.

Durante muito tempo foi possível falar-se de Psicossomática como se não se entrecruzassem as partes somáticas e as influências psicológicas, remetendo o sujeito a um estado de letalidade onde seria mais visível a sua doença.

Os próprios médicos sentiam-se divididos, no seu exame entre a “Arte Exacta” e o desejo de uma maior compreensão do doente, numa ideologia mais humanista, verificando-se assim uma grande diferença entre a leitura do corpo em sofrimento, lugar de um diagnóstico, e o corpo, *corpus libidinosum* freudiano, que tem mais a ver com o homem que deseja, e da mensagem atribuída ao seu desprazer na ocasião da doença.

Hoje os médicos mostram-se mais atentos, mais compreensivos, e procuram antes de mais perceber todo aquele sofrimento físico, que nada tem de “imaginário”, é por vezes o nosso pensamento que o pode influenciar.

Assim, todos são unânimes em atribuir a certas mortes por ataques de asma, alguns factores de ordem emocional, onde o desgosto se repercute através duma reacção de tensão capaz de culminar numa crise mortal.

Desta forma podem existir doenças orgânicas, de grande gravidade, ligadas a tensões ou choques emocionais.

Esta influência da parte psicológica sobre a física foi sempre verbalizada pela sabedoria popular através de alguns ditos: “faz mal ao fígado”; “doer o coração”; “ter um nó na garganta”; “nascer cabelos brancos”; “envelhecer por dentro”, “cortar a respiração”; “morrer de desgosto”, etc.

Todas estas expressões, contêm um fundamento biológico numa realidade emocional, na qual, as nossas ideias têm um papel importante no funcionamento orgânico, numa espécie de linguagem que o médico terá que ter capacidade para decifrar.

Podemos assim, entender a psicossomática como uma mudança nas novas conceptualizações do funcionamento do ser humano, integrando-o como um ser global com regras e princípios desconhecidos ainda na sua totalidade, e não como um conjunto das várias partes desligadas entre si.

Assim, todo este avanço e progresso de conhecimentos, têm em vista a integração da pessoa no seu conjunto, podendo-se mesmo, chegar à noção de indissociabilidade, onde todos os dados psíquicos sejam considerados tão importantes como outra medida terapêutica qualquer.

Hoje, apesar dos avanços consideráveis de conhecimentos no domínio da psicossomática, apercebemo-nos de que este será o caminho do futuro, contudo, ainda se tornam evidentes algumas dificuldades conjecturais para a mudança.

E só paulatinamente é que ela se irá efectuar!

2 BREVE HISTÓRIA DA PSICOSSOMÁTICA

A medicina psicossomática é uma concepção moderna apesar de não ser considerada nova, pois a interdependência dos fenómenos psíquicos e somáticos é muito longínqua.

Consiste em procurar a importância dos factores psíquicos no despoletar das doenças orgânicas e sobretudo no seu tratamento.

Paralelamente, existem perturbações funcionais e afecções que também se qualificam como psicossomáticas.

Estas concepções holísticas e psicógenas da doença, fundadas em perspectivas unitárias e dualistas do Homem e da relação mente corpo existiu em toda a história da Humanidade.

É conhecida na História da Medicina a rivalidade entre a escola hipocrática de Cós, com a sua concepção dinâmica, humoral, espiritual, retomando o homem na sua totalidade e a escola de Cnido, que pregava o mecanismo materialista e o organicismo, fragmentando assim a ciência médica e portanto o homem doente, sucedendo-se um período em que a medicina mecanicista e super especializada pareceu tomar conta de todo o campo científico.

Na História da Filosofia é conhecida a indissociabilidade da alma e da saúde do corpo desde os tempos mais remotos.

Nas obras de Platão (487-347 a.C.), já transparece essa ideia de distinção entre soma e psique.

Aristóteles (384-322 a.C.) desenvolveu esta temática preconizando a alma como princípio vital do corpo, no qual o corpo existe em estreita unidade com o psiquismo.

Hipócrates (460-377 a.C.) afirma uma ligação entre temperamento e doença (Haynal e Pasini, 1978).

No séc III a.C. foi efectuado na escola de Alexandria, por Erasistrato um diagnóstico em que surgia uma componente psicossomática.

Lopez Hispanus, discípulo espanhol de Maimónides, dizia em 1216 acerca deste autor: «A arte de Galeno só cura o corpo. A arte de Maimónides cura o corpo e o espírito.» (cit. Michel Sapir 1969).

O médico alemão Heinroth (1773-1843) após séculos de evolução deste conceito criou o termo «psicossomático» e o termo «somatopsíquico» e marca assim uma orientação unicista para a integração de dois aspectos, corpo e psique na génese de algumas doenças

Apesar de no séc. XIX haver poucos escritos médicos sobre a medicina psicossomática, Maudsley (1876) afirma: «Se a emoção não se libertar num exercício físico ou numa actividade cerebral propícia, irá recair sobre os órgãos e perturbar o seu funcionamento.

“O desgosto que se exprime em gemidos e choro depressa é esquecido, enquanto a dor silenciosa que corrói incessantemente o coração acaba por o despedaçar”. (cit. Michel Sapir 1969)

Foi nos últimos decénios (1927) que as expressões «doença psicossomática» e «medicina psicossomática» se vêm a impor, pela primeira vez por Deutsch, até aí surgiam apenas expressões ligadas a «neuroses de órgão» e «psicoses de órgão».

2.1 Modelos Psicodinâmicos

2.1.1 Freud

O modelo psicanalítico participou vivamente do movimento para a formação da psicossomática. e historicamente encontram-se interligadas desde Freud.

Nas suas obras em que predomina toda uma teoria da subjectividade e tudo ronda à volta da procura de actos e motivações do homem no seu inconsciente cuja constituição se organiza sob o primado da sexualidade infantil e dessas experiências recalcadas mas que tendem sempre a exercer o seu poder.

Freud compreendeu o funcionamento humano nas suas várias vertentes; o que designa como “patológico”, verificando-se nas neuroses, psicoses e perversões, e o que considera como fazendo parte integrante do funcionamento dito “normal”, dando desta forma uma visão global na

compreensão do psiquismo humano, relevando o seu ênfase no que diz respeito à parte inconsciente do homem.

Freud, não teve nas suas obras a preocupação de construir um modelo exclusivamente psicossomático, apenas se referiu uma única vez a este termo numa das suas cartas em 1923. Contudo, para ele existiu sempre uma inter-relação entre a parte instintiva e o corpo propriamente dito, no qual um e o outro se complementarizaram e interagem mutuamente, dando desta forma uma grande contribuição para a compreensão do orgânico face ao psíquico e do que actualmente se denomina por doenças psicossomáticas.

Era claro na altura, que o sintoma psicossomático, seria um equivalente simbólico e que advinha do predomínio de factores do inconsciente a partir de conflitos rejeitados pelo campo da consciência.

Todo este pensamento dualista, da interligação entre a parte psicológica e a somática encontra o seu início naquilo que será considerado como o paradigma histórico e sendo através da sua compreensão que o elucidou a ter uma nova forma de pensar sobre a dinâmica conversiva, em que o corpo surgia como forma de comunicação simbólica de conflitos internos.

Este termo "conversão somática" foi por ele introduzido para denominar a "transformação da excitação psíquica em sintomas somáticos permanentes" (Freud 1895).

O caso de Emmy de N. foi disso exemplo

Em “Neurose de Angústia”, quando se refere às neuroses actuais, também considera a existência de uma energia libidinal que se converte em enervação somática e da qual se destaca da representação.

Segue-se depois a conversão, a qual é convertida numa enervação somática e depois transposta para o corpo.

Estes sintomas corporais dar-se-iam através de concepções simbólicas que desempenhariam a vez de expressões verbais.

O que determinaria este recalçamento seria um montante excessivo de excitação e a escolha desta complacência somática em relação a outros sintomas estaria ligada, segundo Freud, a factores constitucionais ou adquiridos e depois a uma capacidade de conversão.

Em 1905, em os “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” e na sequência de estádios sobre a sexualidade infantil, fundamenta a ideia de um corpo erógeno que advém dum corpo biológico, representado pela função de auto conservação.

Esta noção de “saída de emergência” do corpo erógeno, a partir do registo biológico, teoriza a interacção psico-soma.

Assim, este limite entre o somático e o psíquico encontra-se no próprio conceito de pulsão, sendo este definido como “uma medida de exigência de trabalho imposto ao psíquico em consequência da sua ligação ao corporal”.

Em relação à pulsão existem dois elementos revelados pela clínica da histeria: A representação, passível de se encontrar no inconsciente e podendo tomar vários caminhos tais como o recalçamento, retorno, sublimação, e o afecto que se manifesta através do corpo perceptível ou não pela consciência.

Em 1914 no seu texto sobre o narcisismo refere que a retirada dos investimentos libidinais objectais para o próprio Eu ocasionaria a doença orgânica, referindo-se desta forma novamente à ligação entre a componente psíquica e a somática.

2.2 Escola Psicossomática Americana

A Escola de Chicago influenciada pelas ideias dos psicanalistas Alexander e Dunbar, em meados dos anos trinta fazem uma distinção entre os mecanismos de formação da conversão histérica e a patogênese psicossomática.

Eles pesquisaram e tentaram encontrar uma correlação entre os afectos e o corpo.

Dunbar, fundadora da Sociedade Americana de Psicossomática, organizou e traçou determinados perfis psicológicos específicos a grupos de afecções psicossomáticas a partir de conflitos emocionais.

Tinha uma visão psicogenética das doenças psicossomáticas como estados emocionais intensos que de uma forma desadequada influenciariam as funções dos órgãos lesando-os.

Retomou o modelo freudiano, mas contestou o processo de simbolização perspectivado por Freud.

Assim, contrariamente a ele, não considerou a energia libidinal num órgão como processo de simbolização.

Contrariamente, considera que parte desta energia libidinal estaria presente no sistema nervoso autónomo e provocaria secundariamente perturbações funcionais ao nível dos órgãos cronicamente excitados.

Esses fenómenos psicossomáticos seriam a energia psíquica não expressa através dos níveis superiores de organização mental e procurariam uma descarga através de sintomas físicos.

As disfunções psicossomáticas corresponderiam a uma perda de energia, e seria ligado a defeitos associados à personalidade do indivíduo.

Tenta assim descrever para cada síndrome um determinado perfil de personalidade específico.

O facto de não se ter considerado aspectos mais profundos da personalidade para a concepção desta teoria assim como pelo facto de não serem baseados em teorias psicanalíticas este seu trabalho foi muito contestado.

Alexander, psicanalista e fundador do Instituto de Psicanálise de Chicago foi também considerado um dos maiores teóricos em psicossomática dos anos 30/40 e foi, sem dúvida, dentro das teorias psicanalíticas pioneiras da psicanálise, aquela que teve um maior fundamento teórico.

Através de um artigo seu escrito em 1944 vai desenvolver juntamente com a Escola de Chicago o conceito de neurose de órgão e é nesta altura que vai diferenciar os fenómenos de conversão postulados por Freud das neuroses de órgão onde a via de descarga simbólica não é concebível.

Para este autor o sintoma de conversão teria como base “uma expressão simbólica de um conteúdo psicológico emocionalmente definido , o qual teria como finalidade”expressar e aliviar tenções emocionais “ (Alexander,1950) e seria produzida no sistema neuro muscular voluntário, sendo a sua finalidade libertar e exprimir as tenções emocionais.

Em relação à neurose de órgão contrariamente a sua finalidade não era de exprimir emoções mas teria uma resposta dos órgãos viscerais através do Sistema Nervoso Autónomo, ao retorno constante ou periódico de estados emocionais.

Os elementos fundamentais da sua teorização são os seguintes:

- -Todas as funções humanas são psicossomáticas tanto no homem são como no doente.
- -As emoções ou conflitos específicos levam a concomitantes fisiológicos específicos.

Interessando-se pelo tipo de doença e associando-a ao conflito intra-psíquico, Alexander descreveu a criança asmática como sendo uma criança dependente da mãe e que tendo receio da atitude rejeitante desta se abstinha de chorar.

As emoções reprimidas por conflitos intra-psíquicos provocam secundariamente estados de tensão fisiológica que serão descarregados perturbando os órgãos cronicamente excitados.

As emoções estão sempre associadas aos concomitantes fisiológicos, manifestando-se por intermédio do Sistema Nervoso Autónomo e do órgão que ele enerva.

Este ponto de vista coincide com o do fisiólogo Cannon (1871-1945) que preconiza que determinados afectos desencadeiam modificações neurovegetativas precisas, nomeadamente em situações de urgência durante as quais o organismo se prepara para o combate ou para a fuga.

Alexander dividiu os distúrbios emocionais das funções vegetativas, e integrou-as em duas grandes categorias.

1. Uma referindo-se à importância das necessidades de dependência. virada neste caso para a fuga, e ligada a um predomínio do Sistema Nervoso Parassimpático, seriam descargas em que predominam componentes mais passivas e em que surgiriam doenças tais como a asma, úlcera péptica, colite ulcerosa, etc.
2. Outra em que predomina uma atitude emocional mais activa, dirigida para o exterior e virada para a agressividade. Neste caso estariam sob o comando do Sistema Nervoso Simpático e surgiam doenças tais como a hipertensão, artrite reumatóide, hipertiroidismo, epilepsia, diabetes, etc.

Se este modelo teórico foi importante e coerente nessa época podendo-se através dele efectuar estudos psicanalíticos mais aprofundados, logo surgiram

algumas exceções manifestas a esta regra mesmo fundamentadas pelo próprio Alexander.

Tornou-se evidente que os mecanismos de conversão não se limitariam ao Sistema Motor Voluntário, ou aos aparelhos sensoriais como também haveria algumas alterações tissulares após uma crise conversiva.

Engel também retomando este ponto de vista descreveu o facto da conversão não se limitar à Neuro-Anatomia e ser essencialmente um conceito psicológico determinado pelo valor simbólico que determina e não pela qualidade e tipo de enervação suscitado.

A reflexão sob estes modelos, que levam à procura de uma especificidade psicológica para cada tipo de « doença », levam-nos a pensar na sua insuficiência epistemológica e por isso para Amaral Dias (2000) este é “um modelo médico que entreabrindo as portas à «neurose de órgão»,lhas fechava imediatamente pela imposição do anatómico que “exigia”uma explicação do localizacional fisiológico”.

2.3 Escola Psicossomática de Paris.

A Escola Psicossomática de Paris, no final dos anos 50, sobretudo através dos psicanalistas Marty, M'Uzan e Fain deu um contributo extraordinariamente importante para o desenvolvimento da investigação em Psicossomática.

Marty e os seus colegas,” em autêntica reversão de perspectiva, «decidiram escutar mais o sujeito do que o sujeito via órgão, ou seja, subordinaram a escuta à «escuta analítica».

Percebendo o vazio da mensagem aperceberam-se que quando este tipo de sujeitos falavam eles “não estavam a falar de nada “

“Este deserto de significações onde a “negatividade simbólica”, o “pensamento operatório”, a “precariedade onírica” e a “ausência de fantasia se impunham como esfinges aos decifradores do enigma psicossomático” (Amaral Dias 2000).

Esta visão psicossomática onde o carácter simbólico foi abandonado para dar lugar a uma nova forma de ver este doente, recolocando uma visão agora sobre um doente com características de verdadeira carência das actividades de representação foi retomado com o pensamento de M'Uzan.

Para ele não é o valor simbólico que existe, mas sim uma insuficiência na simbolização.

A escola psicossomática de Paris atribui um papel essencial ao predomínio do psiquismo na falha de sistemas de defesa face às perturbações orgânicas.

Segundo esta orientação, quando existe uma dificuldade de elaboração de traumatismos e quando o aparelho mental necessário à sua elaboração está desorganizado e não encontra rapidamente um novo equilíbrio, o aparelho somático também se desorganiza e surge a doença orgânica.

Sami-Ali (1987), dá-nos uma visão em que há uma maior abertura e compreensão para o problema do imaginário enquanto necessário ao desenvolvimento emocional e na concepção do nosso ser enquanto “ Ser “ subjectivo.

Reenvia-nos à forma como Freud considera a patologia, instituída sempre pelo processo de recalçamento, insucesso do recalçamento e retorno do recalçado. Retorno quando designa o momento em que os diversos sintomas se manifestam e dão lugar ao que é oculto, ou ocultando o que aparentemente é revelado.

Poderá considerar-se assim, um recalçamento conseguido, segundo este autor, quando este recalçamento é efectuado não sobre o conteúdo imaginado, mas sobre a própria função do imaginário, isto é, sobre toda a capacidade de sonhar quer a dormir ou acordado, assim a imaginação criadora, os devaneios ou os sonhos encontram-se reprimidos, não aparecendo nem sequer vestígios destes numa forma transformada.

Nestes indivíduos, que ele considera como tendo uma patologia de adaptação, esta função encontra-se reprimida por uma “ hiper adaptação banalizadora “, deixando como forma de resposta ao bloqueio do imaginário e a única resposta possível é o adoecer do corpo real.

Este bloqueio do pensamento impossibilita a elaboração do conflito porque impensável para o indivíduo.

“ Somatização que não tem nada de específico, para além do facto de que ele ocorre no indivíduo em vez do imaginário “ (Sami Ali 1987).

Atribui uma correlação negativa entre a somatização, corpo real, e processos projectivos, corpo imaginário, revelando que esta seria uma forma de saída possível para se justificar o injustificável.

Assim se justificaria a raridade de doenças orgânicas em doentes com uma psicose estruturada.

Para Melitta Serling (1978), o factor etiopatogénico principal da doença psicossomática é a descarga emocional através do sistema nervoso vegetativo sobre os órgãos.

Desta forma, os impulsos, quer os agressivos quer os da libido, são descarregados sob o soma, agindo através dos órgãos internos o que deveria ser descarregado por um comportamento exterior.

Coimbra de Matos (2003), considera as personalidades psicossomáticas como falhas no desenvolvimento emocional, fantasmático e simbólico por falência de continente materno adequado na primeira infância.

Refere que é nesta relação precoce que os sujeitos se constituem enquanto seres: “...Todos somos filhos da mente da nossa mãe. Por isso alguns não chegam a ser, pois tiveram mães sem mente para eles.”.

Desta forma, as personalidades predispostas às doenças psicossomáticas, têm desde tenra idade dificuldade em distinguir o rosto de familiares próximos, demonstrando uma reduzida angústia ao estranho.

O investimento seria igualitário em relação a todos os objectos porque nenhum rosto é específico, pois ele próprio também não teve a sua especificidade amorosa perto de ninguém.

Assim, não desenvolvendo a capacidade empática, posteriormente, ele não será capaz de ler ou sentir os seus próprios afectos nem reconhecer essa capacidade nos outros e terá dificuldades em estabelecer relações afectivas mais íntimas.

Assim, quando surgem períodos em que há um acréscimo de estímulos com uma maior intensidade ou quando em situação de perda, eles não têm acesso ao reconhecimento desta falta não a poderão elaborar, surgindo então a doença somática na incapacidade para ler as emoções subjacentes.

Desta forma, o núcleo da perturbação psicossomática para este autor é a incapacidade de mentalizar quer a dor quer a ilusão, deixando apenas o sujeito face a um pensamento operatório.

Propõe então duas alternativas para a saída desta situação, a psicose ou o seu reverso, questionando se a via encontrada pelo sujeito para o adoecer somático não seria mais do que uma forma de escapar à loucura.

Segundo também Coimbra de Matos os factores psíquicos etiopatogénicos na patologia psicossomática são:

- Depressões crónicas ou depressividade.
- Depressões falhadas.

Sendo sobretudo no conceito de depressão falhada que a disposição para a doença psicossomática tem maior relevância.

Descreve-a como sendo uma depressão não organizada mentalmente, ou seja uma depressão sem expressão psíquica, mas traduzida por uma depressão biológica da qual se destaca a depressão imunitária.

Assim, uma pessoa num momento de descompensação, não se deprime mentalmente e reage através da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação diminuindo a auto-regulação homeostática, bem como a capacidade auto-reparadora do organismo e adocece.

3 ALEXITIMIA

A alexitimia é um conceito introduzido por Sifneus em 1967 e significa na sua origem grega (sem palavras para as emoções). “A “: sem, “ lexis “: palavras, “thymus “: ânimo ou emoção.

Foi descrito por este autor como sendo um distúrbio afectivo onde se verificam dificuldades para discriminar os seus sentimentos e poder transformá-los em palavras.

Em 1963, Marty e De M'Uzan da escola psicossomática de Paris fazem também referência à alexitimia e diferenciaram os sujeitos psicossomáticos dos neuróticos pela sua maior dificuldade em exprimir os afectos assim como identificá-los.

Descrevem estes doentes como utilizando uma forma de pensamento operatório, em que a vida fantasmática se encontra coartada e em que todas as situações de conflito são dirigidas essencialmente para uma forma de agir.

Este pensamento é resultante de um deficit do Eu, consequência duma perturbação precoce na díada mãe/ bebé.

Trabalhos efectuados também por Marty colocam a alexitimia em relação com distúrbios precoces do desenvolvimento afectivo.

Em 1982 Mc Dougall associou a alexitimia das crianças a acontecimentos perturbados nos primeiros anos de vida.

Propõe uma patologia pré-neurótica precoce com predomínio de mecanismos de clivagem e de identificações projectivas.

A alexitimia surge como defesa contra ansiedades psicóticas (medo de fragmentação física-mental, perda de identidade, perigo de comportamentos explosivos)

Perante uma situação conflitual o sujeito expulsa da consciência as emoções e surge uma complacência somática.

Hoje em dia, dá-se um particular interesse à alexitimia, pois é considerado um factor de risco para o desenvolvimento de perturbações psíquicas e eclosão das doenças psicossomáticas.

A organização psíquica do homem faz-se a partir de dois fenómenos de base:

A angústia e a depressão.

São essas duas situações que, por assim dizer, nos ensinam a viver.

Um indivíduo, que no curso da sua evolução se não angustiasse, não organizava convenientemente as suas defesas.

Um indivíduo, se não se deprimisse, tornar-se-ia rigidamente sempre igual.

João dos Santos

4 ANSIEDADE

4.1 Introdução

A capacidade de poder ficar ansioso é uma função biológica necessária à sobrevivência.

Da biologia sabemos que, a possibilidade de ficar subitamente alerta a modificações do meio ambiente, inesperadas ou inexplicáveis é um fenómeno do quotidiano.

Da psicanálise sabemos, depois de Freud, que a ansiedade também pode ser um componente fenomenológico central nas neuroses traumáticas e nas psiconeuroses de defesa.

Neste caso, os homens internalizam os estímulos do seu envolvente existencial e defendem-se “aleando” aspectos integrantes da sua natureza.

Os estímulos temidos, também podem ter origem no interior da sua mente e serem ameaçadores para a integridade da sua personalidade.

Dentro destes conceitos, as neuroses são distúrbios resultantes da dificuldade no domínio da ansiedade, os quais recorrem a manobras defensivas.

Na ansiedade encontramos pois esta dicotomia; a sua origem no soma explicável por princípios biológicos e o seu determinismo psicológico explicável pelo imaginário que assume a forma de conflito.

Assim, de acordo com estas visões, podemos referir que pode haver aspectos psicopatológicos na ansiedade, mas que não existem só estes aspectos e que a sua fronteira com os aspectos da “normalidade” é por vezes difícil de definir. A ansiedade constitui, desta forma, claramente um aspecto determinante na vida individual e colectiva da humanidade.

4.2 Diferenciações fenomenológicas.

Os sentimentos de ansiedade são estados psíquicos autónomos que sobrevêm depois de estímulos internos ou externos; não se podem dissociar das experiências que o indivíduo está a viver no momento, manifestam-se sem a participação do consciente, são sempre desagradáveis e assumem características ameaçadoras para o indivíduo.

Estamos na presença dum afecto ansioso quando a excitação atinge uma intensidade tal que aparecem simultaneamente fenómenos somáticos subjectivamente perceptíveis.

Poderemos descrever alguns síndromas ansiosos, sintomas psicomotores e neurovegetativos, mencionados por Rohrer (cit. Luban-Plozza & Poldinger 1979)).

Síndromes ansiosas:

1 - Sintomas psicopatológicos

Sentimento vital torturante de opressão.

Sensação de estar entregue, sem protecção, a ameaças indefinidas.

Agitação interna e tensão nervosa.

2 -Sintomas psicomotores

Mímica expressiva

Agitação psicomotora que chega a atingir o estado de agressividade ou

inibição psicomotora que chega a atingir o estado de estupor.

3 - Sintomas neurovegetativos

Palidez de face

Suores profusos

Taquicardia

Secura da boca

Diarreia

Insónia

Diminuição da libido e da potência sexual

Hipertensão e hiperglicemia

4.3 Teorias sobre a ansiedade

Foi Freud quem deu particular relevo aos aspectos ligados à ansiedade. A teoria psicanalítica não faz habitualmente uma clara distinção entre ansiedade neurótica e ansiedade não neurótica, contudo sublinha a dificuldade em separar estas duas faces do mesmo fenómeno.

Richter (cit. Luban-Plozza & Poldinger 1979), sugeriu poder dividir-se esta linha de separação segundo a forma como o sujeito a sente ou não como patológica e a vivência ou não como fenómeno mórbido.

Freud nos seus estudos sobre as neuroses de angústia formulou a primeira teoria da ansiedade orientando-a sob uma visão bioquímica, a qual foi denominada por teoria da intoxicação.

Esta teoria foi formulada através da sua experiência com doentes que sofriam concomitantemente de dificuldades sexuais e de ansiedade. Pôde assim deduzir que haveria um excesso de acumulação sexual o qual era descarregado sob a forma de descarga física.

Mais tarde, reformula outra hipótese a qual teria a ver com aspectos ligados ao nascimento e seria um aspecto traumático vivenciado na altura do parto e que posteriormente viria a desencadear a ansiedade neurótica.

Designou-se por teoria do sinal da ansiedade.

Posteriormente, Freud introduz um terceiro conceito, o da vacinação contra a ansiedade, neste caso a ansiedade é utilizada para benefício do próprio, na qual a repetição da experiência da ansiedade confere ao Ego uma preparação para o surgimento dum eventual perigo de forma a poder evitá-lo.

Seria como uma espécie de uma vacina que criaria anticorpos para um indivíduo atingido por ansiedade tornando-se então invulnerável contra o perigo antevisto.

4.4 Análise Semiológica

Sendo uma das queixas mais frequentes nas pessoas que pedem ajuda psicológica como podemos então olhar este fenómeno de modo a discriminar as suas formas?

Será a certeza e a incerteza colocada no centro da oscilação esquizo-paranóide e depressiva?

Poderá ser a perda de segurança e de fé geradora de angústia básica?

É uma emoção simples ou um estado de humor?

O estímulo é muitas vezes inadequado, tem-se comparado ao medo irracional, não justificado.

A análise fenomenológica permite-nos separar diferentes conteúdos mentais dominados pela angústia:

- *Apreensão*

É uma angústia situativa, tem um significado críptico, representa simbolicamente uma vivência, um estado de alma, parece irracional e é muito frequente na infância.

- *Solicitude*

É uma ansiedade inscrita na ambivalência do funcionamento mental, por exemplo, uma excessiva ansiedade com a saúde de alguém próximo afectivamente.

- *Alerta*

Neste caso a emoção é algo diferente do medo e inscreve-se num espectro.

Esperança --- Ansiedade --- Desalento ---Desespero

Está emanente um desejo e o alerta tem como fim a mobilização de energia intelectual para minorar a dicotomia optimismo excessivo versus pessimismo abissal.

- *Temporalidade*

É um sentimento de receio oriundo da repetição compulsiva. É sempre uma antecipação, a ansiedade aponta para o futuro e trata-se da incerteza. É uma ansiedade tipicamente neurótica.

A pessoa desesperada ou com um sentimento de futilidade, não sente ansiedade porque para si não há futuro. A ansiedade torna-se assim parte integrante da vida, é esta a noção existencialista da ansiedade. Existe também algum prazer no desafio e essa libidinização do prazer advém do sentimento de competência.

- *Angústia Sinal*

Tem a sua origem na realidade inconsciente. Com Freud esta angústia sinal tem o seu núcleo no processo maturativo no qual o self sofre ao longo da sua vida, incluindo e servindo a maturação da angústia primária que, esta sim, seria exclusivamente desorganizadora.

O ego, lugar onde se vive a angústia terá capacidade para detectar sinais de perigo eminentes ou diferidos. Neste caso o perigo viria do inconsciente (expulsão), estas ameaças resultam da emergência no consciente de significados outrora ligados a objectos mentais e tido como necessários. O ego teria separado essas emoções dos objectos e recalcado a emoção.

Desta forma, pode-se falar dum medo interiorizado de qualquer coisa que foi vivida de forma traumática (acontecimento vital) na sua forma original, e que

fica um perigo instintivo de ordem erótica ou agressiva condenada pelo superego e do qual o ego tem que se defender.

Assim, o indivíduo fica condicionado para determinadas experiências que sente como perigosas e sente o medo inerente à situação, sem que este exista na realidade.

A angústia sinal é uma forma de angústia neurótica organizadora da mente.

- *Ansiedade de separação*

Apoia-se no conceito de vigilância de White Horn, decorre de experiências infantis e da formação de reacções de vigilância inadequadas. Liddell afirma na forma de axioma: - vigilância, menos comunicação social, é igual a ansiedade.

Chama a atenção para dois aspectos importantes da ansiedade:

- 1- A ansiedade é reduzida pela presença de terceiros, sobretudo se forem figuras parentais securizantes.
- 2- O isolamento social juntamente com o stress determina reacções de vigilância excessivos e anómalos.
- 3- Estas pessoas funcionam como se entregassem a sua defesa nas mãos de terceiros. Há um erro no mecanismo de vigilância, que normalmente é excessivo e anómalo.

Freud sintetiza este funcionamento mental em três termos: Inibição, Sintoma e Angústia.

Devemos notar que como este funcionamento é neurótico a angústia assume a forma de angústia depressiva (culpa).

É na estrutura obsessiva que se observa mais claramente a angústia sinal. Este é um sinal, tal como o nome indica, de retorno do recalcado, isto é o emergir do objecto que contém a pulsão.

- *Ansiedade e vigilância*

White Horn cunhou o conceito de experiência emocional aguda. Descreveu um estado mental que ocorre depois de um estímulo ameaçador ter ocorrido e antes da sua natureza ter sido compreendida e portanto, antes de uma acção poder ter lugar. O ego deixa de ser uma sentinela do mundo exterior, passando a ser o seu agente.

...Este amor que o indivíduo é capaz de dar não nasce por geração espontânea; resulta do facto de ter sido amado.

Toda a criança, para poder evoluir normalmente – assim como todo o indivíduo para se manter vivo e saudável, precisa de se sentir amado....

Coimbra de Matos

5 DEPRESSÃO.

5.1 Breve nota histórica

Desde a antiguidade que a depressão foi reconhecida como sendo uma das primeiras doenças mentais, desde Hipócrates (460-377 a.C.), passando por Galeno (131-200 a.C.) até aos médicos da Grécia e Roma antigas.

Foi no séc.V a. C. que Hipócrates criou o termo melancolia, que significa “bílis negra” e efectuou a primeira alusão científica atribuindo-lhe uma disfunção biológica.

Desta forma, na melancolia haveria um excesso de “bílis negra” que invadindo o sangue espalhar-se-ia pelo corpo criando um estado de tristeza ou de abatimento no indivíduo.

Descreve esta doença como sendo um dos três tipos de loucura possíveis e estabelece a teoria dos humores (fleuma, sangue, bílis amarela e bílis negra) e os temperamentos humanos (fleumático, sanguíneo, bilioso e colérico).

O sistema hipocrático para a descrição das doenças era bastante vago face à diversidade existente, contudo verifica-se uma interdependência entre os sintomas psíquicos e as perturbações da alma devido aos vários tipos de humores .

O organismo era visto no seu conjunto no qual o seu desequilíbrio provocava doenças físicas e psicológicas.

Nesta altura havia já a oposição entre excitação maníaca e a depressão melancólica e esta oposição era expressa entre a bílis fria (melancolia) e a bílis quente (mania).

Areteu de Capadócia (séc.II d.C) é quem descreve pela primeira vez este mal: “Uma afecção sem febre, na qual o espírito triste fica sempre fixado numa mesma ideia e a ela se agarra obstinadamente. Parece-me ser um início ou uma espécie de semimania. A diferença entre as duas é que na mania o espírito se entrega umas vezes à tristeza, outras à alegria, enquanto na melancolia o espírito continua sempre triste e abatido” (cit. Widlocher 2001).

É com Galeno que se faz a distinção da melancolia localizando-a em três locais distintos, no encéfalo, no aparelho digestivo ou generalizado.

Retoma a tradição hipocrática que ficará vigente até ao séc. XVIII.

Nos finais do séc. XVIII, nasce a clínica moderna e é nesta altura que se instaura pela primeira vez uma visão da patologia mental numa forma individualizada.

No séc XIX houve importantes descrições clínicas da depressão, deve-se no entanto a Kraepelin (1896) o esforço clínico e nosográfico da sistematização

das descrições preexistentes, sendo ainda hoje em dia na psiquiatria alguns dos seus conceitos ainda vigentes.

Foi neste século que foram criados os primeiros estabelecimentos para indivíduos desprovidos de “razão” ou seja, alienados de si próprios

5.2 Psicopatologia da Organização Depressiva

Falar de depressão, é sempre falar de tristeza, e faz parte da natureza humana nos mais variados graus.

Assim, haver perdas, sejam elas reais ou imaginárias, deixam sempre marcas de tristeza que podem ser sentidas apenas durante alguns dias ou prolongarem-se até deixarem de sentir gosto pela vida ou viverem sem qualquer interesse, podendo chegar a tal ponto de desespero que se podem suicidar, sendo esta a resposta mais patológica.

Mas qual é o limiar entre uma resposta adaptativa, para a tristeza, ou mesmo a depressão, e o limiar de uma resposta patológica?

Foi em 1911 que Karl Abraham deu o primeiro contributo analítico para a compreensão da depressão.

Através do seu estudo sobre a neurose obsessiva e a melancolia, Abraham constata, que, o doente melancólico tal como o obsessivo, desenvolvem uma

disposição essencialmente dominada pelo ódio devido a uma incapacidade de amar.

Refere que o melancólico recalca o “Não posso amar, odeio-o” e atribui-lhe um carácter reversivo sobre si próprio numa forma masoquista “sou detestável”, sendo esta directamente proporcional ao seu desejo de vingança face ao objecto “abandonante”.

Assim, o núcleo do seu conflito seria, um recalçamento da libido ligada à hostilidade, e o masoquismo derivado dessa culpabilidade inconsciente.

Em 1916, retoma as suas concepções anteriores e atribui ao carácter melancólico uma fixação da libido à fase oral, por conseguinte a uma regressão ao narcisismo infantil.

Sublinha a importância da influência da organização oral precoce, a que denomina canibalesca, atribuindo o objectivo sexual dos melancólicos à incorporação do objecto, o que determinaria as constantes perturbações alimentares que estão subjacentes a esta patologia.

Desta forma, o melancólico tenta eliminar o objecto introjectando-o e ao mesmo tempo, ao inflectir a sua agressividade, a identificar-se narcisicamente com o objecto que o abandonou.

Em “Luto e Melancolia” (1917), Freud aborda a temática da depressão numa concepção psicodinâmica que contribuiu enormemente para a compreensão dos fenómenos depressivos.

Abordando com grande clareza o problema da dor mental, estrutura o conceito de ansiedade paranóide (apesar de não o ter nomeado), e sublinha a importância do investimento narcísico do objecto.

Distinguiu o estado melancólico e a reacção de luto normal (caracterizada pela perda do objecto).

Dentro desta linha de pensamento, identifica o elemento central do quadro clínico na melancolia, como sendo a perda da auto-estima e o processo de luto por vezes difícil de se perceber ao nível da realidade objectiva.

Desta forma, afirma: “no luto, o mundo é tornado pobre e vazio, na melancolia, é o próprio Eu que se torna” (Freud 1917).

O que mais frequentemente dava origem a este fenómeno era o insuficiente investimento afectivo que lhe tinha sido efectuado numa fase precoce do seu desenvolvimento ou os abandonos a que foi submetido, isto é as perdas. Sendo estas, não as perdas reais face ao objecto concreto, mas as perdas afectivas ligadas ao amor deste.

Dentro desta linha de pensamento, seria nas famílias mais desorganizadas, cujos pais pela sua própria perturbação sujeitam as crianças a verdadeiro abandono afectivo, mesmo na sua presença física, que surgia a patologia depressiva.

Freud, ao abordar o luto na sua relação com a melancolia, refere não uma neurose narcísica, mas uma psicose afectiva.

Assim, no que se refere à depressão, falou dum luto pelo objecto perdido, sendo este um objecto separado, este seria dentro da linha neurótica, e um luto por um objecto interno, investido no objecto externo, sendo este já numa linha psicótica.

Uma das particularidades descritas por Freud na melancolia é a sua transformação em mania.

Desta forma, o Eu ao tentar negar a perda do objecto, e da dor mental que lhe está subjacente, serve-se de defesas onipotentes, tentando desta forma controlar e dominar os objectos que vivência como perigosos e perseguidores, paralelamente ao facto de tentar danificá-los tenta repará-los, atitude esta também ilusória na medida em que estes objectos não são os originais mas sim um deslocamento da ligação afectiva.

Freud, define ainda a função anaclítica do objecto materno, afirmando que a sua ausência prolongada irá deixar marcas que mais tarde se vão reflectir na incapacidade do sujeito elaborar a angústia de separação.

Também dentro desta linha psicodinâmica, numa perspectiva relacional, verifica-se que cada indivíduo se caracteriza com o tipo de relações que estabelece com os outros, e que a vida mental e afectiva só existe dentro duma relação, quer esta seja normal, quer seja patológica.

Desta forma pensamos ser importante poder distinguir o luto e a depressão, sendo o primeiro a perda do objecto significativo, por morte ou afastamento e o segundo a perda do amor desse objecto enquadrado num ambiente disfuncional.

A qualidade da perda é também importante de referenciar pois distingue a depressão propriamente dita da depressão anaclítica ou bordaline.

Desta forma, na depressão verdadeira, o sujeito perde o amor genuíno de alguém significativo, enquanto na depressão anaclítica foi a protecção e os cuidados essenciais que faltaram.

Dentro desta linha de pensamento, Spitz (1945), baseado em elaborações teóricas e experimentais, as quais constatou, no seu estudo através das reacções de bebés dos seis aos dezoito meses quando privados das suas mães, que estes tinham atitudes particulares que não eram o resultado de um desenvolvimento maturativo dominado pelo conflito fantasmático, mas a consequência de um acontecimento externo.

Conceptualizou o conceito de depressão anaclítica como resultado da ausência da mãe ou de substituto desta durante essa fase do desenvolvimento.

Salienta, numa primeira fase de privação materna, uma intensidade de angústias depressivas no bebé que, se não for rapidamente devolvida à criança a presença real da mãe, esta em poucas semanas volta-se sobre si num tal desespero que poderá culminar na morte

Mais tarde, Bolby (1958), também efectuou alguns estudos sobre as crianças e a separação materna e constatou que era entre os cinco meses e os três anos que a criança era mais sensível a esta separação.

Assim, segundo este autor, numa primeira fase a criança chora quando os pais não estão presentes tentando desta forma que eles se aproximem, é a denominada fase de protesto.

Se após esta tentativa os pais não vão ao encontro da necessidade do filho, este entra em desespero e a criança parece fazer uma espécie de um luto, recusando-se a ser cuidada.

No final há uma fase de desligamento, deixando-se nesta altura cuidar duma forma indiscriminada por qualquer pessoa.

Se a mãe surge nessa fase a criança reage a ela como se fosse uma pessoa estranha e chora.

Na perspectiva de Coimbra de Matos (2001), os processos fundamentais da depressão são:

- As pulsões agressivas e a possibilidade de as elaborar ou não.
- A importância da separação ou perda afectiva na infância.

Dentro desta linha de pensamento designa três aspectos centrais no funcionamento do depressivo, são eles: o investimento inconsciente num objecto de amor perdido, a compleição narcísica deficitária e o curto-circuito da erotização da relação e a reparação patológica.

Na condição depressiva há uma representação inconsciente dum objecto de amor perdido que continua a ser investido e que absorve uma enorme quantidade da sua libido.

Desta forma explica-se a queda libidinal e o desinvestimento que é retirado ao investimento do mundo objectal concreto.

O defeito narcísico é também uma das dimensões do funcionamento depressivo, paralelamente à culpa.

Desta forma, ao tentar esconder este aspecto, esta ferida narcísica, ele vai relacionar-se com o outro numa forma erotizada e não de uma forma “autêntica”, pois a relação primária falhou e não foi reparada ou ultrapassada.

Na histeria e na depressão esta relação pode ser considerada um factor anti-depressivo.

Assim, a única forma de ultrapassar a depressão é vivê-la, deprimindo-se fazer o luto, forma esta de elaboração, saudável pois permite-lhe reconquistar novos objectos posteriormente.

O mecanismo central da depressão é a reparação do objecto que foi abandonante e que actualmente é idealizado pelo sujeito, forma esta de não sentir o abandono afectivo.

Coimbra de Matos sintetizou e desenvolveu determinados conceitos relacionados com a depressão de forma a compreender-se melhor a distinção entre depressão latente e depressão crónica.

Desta forma diferenciando-a conceptualmente e semanticamente dividiu-a em:

- Depressibilidade.
- Depressão patológica.
- Depressividade.

Depressibilidade é a capacidade que as pessoas com estrutura pós-edipiana ou genital têm de se deprimir quando existe uma perda real de algum objecto importante na sua vida.

Neste caso esta capacidade em efectuar um luto é uma resposta adequada e maturativa do sujeito, não é acompanhada de uma regressão apreciável e é uma fase transitória, portanto demonstrando saúde mental.

Quando há esta perda do objecto, o sujeito tem consciência disso, e, tem noção da sua tristeza.

Fica durante algum tempo a efectuar este luto, o qual é acompanhado de perda de energia e simultaneamente por uma revolta contra aquele que causou aquele abandono.

É uma fase necessária para a sua própria reparação e futuramente investir novos objectos.

A depressão patológica ou propriamente dita, é aquela em que a perda do objecto, é sentida pelo sujeito como uma perda de uma parte importante de si próprio.

Assim, este objecto pode ser do tipo funcional (um instrumento), ou complementar (um prolongamento do próprio).

“Existe uma natureza essencialmente narcísica neste tipo de depressão, e no qual se verifica uma intensa vulnerabilidade à perda desse amor, pois esse amor é essencialmente um objecto narcísico, objecto do próprio, e não objecto da pulsão na terminologia de Kohut”. (C.Matos 2001).

Esta também pode ser denominada por depressão de culpabilidade porque há uma parte importante de rejeição do próprio, face a esse objecto agora perdido.

A depressividade é caracterizada pela existência de um duro e permanente conflito com os introjectos malignos no qual acarreta a um constante esmagamento do Self e esgotamento do Eu.

Este é, pois, traduzido por um sentimento de inferioridade face a si próprio e/ou um comportamento de relativa incapacidade e revela um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir.

Estrutura Depressiva

Para Coimbra de Matos existem três aspectos essenciais na estrutura depressiva, mais correctamente denominada depressividade neurótica:

- 1- A dependência oral-anaclítica.
- 2- A insuficiência da compleição narcísica.
- 3- A severidade do superego.

1-Dependência oral-anaclítica

O deprimido é um indivíduo que é marcado por uma forte dependência do objecto, quer provisor (objecto protector que garante os elementos de satisfação), quer de apoio (objecto anaclítico).

Tem uma relação oral-narcísica na qual o sentimento de satisfação é jamais satisfeito, sempre incompleto e dependente de um Eu auxiliar.

Dentro destas dependências, distinguiu-as conforme o grau da organização depressiva.

Assim, nas depressões mais graves, do tipo melancólico, verifica-se uma relação do tipo simbiótico.

Quando já há um nível mais evoluído fala-se de relações pessoais de complementariedade elementar.

Mais à frente desta organização existe uma relação de complementariedade fálica.

Perto do estágio genital, mas ainda dentro da organização depressiva, tem-se um tipo de relação de uma reciprocidade falha, na qual o deprimido dá mais afecto do que aquilo que recebe do outro, sendo este o aspecto típico da depressão neurótica.

Descreve a genitalidade adulta como sendo a construção duma relação a dois desprovidas de dependências, mas, afirmadas na criatividade.

2-Insuficiência da compleição narcísica.

Outro aspecto central determinante deste tipo de personalidades é a baixa de auto-estima, a insuficiência narcísica e o sentimento de desvalorização de si próprio. Daí nasce o sentimento de não afirmação pessoa, incapacidade de dominar, de competir com o seu rival, enfim de ganhar.

Não havendo uma consolidação de si enquanto ser sexuado, então consequentemente, não conseguirá estabelecer-se numa relação afectiva centrada no amor.

3-Severidade do superego

A severidade do superego nesta patologia é tanto mais rígida, limitativa e cruel quanto maior é o grau de depressão, retirando no indivíduo todo o desejo e ânsia de viver. É um superego de carácter materno imiscuído numa relação precoce com o objecto primário sem que este deixe abertura e distância necessária para uma liberdade pulsional, contrariamente à de carácter paterna, no qual o superego já é mais orbital, mais destacável e de carácter edipiano. Desta forma para este autor, os objectivos últimos do tratamento da dor e do sofrimento depressivo é a deflexão da agressividade e a reparação narcísica.

5.3 Depressão no Adoecer Somático

A depressão desempenha um papel de extrema importância como pano de fundo nas perturbações somáticas, apresentando-se sob várias formas e nos seus mais variados disfarces.

Normalmente é pouco valorizada, quer pelo médico, quer pelo paciente, em detrimento de uma panóplia de doenças físicas que lhe são normalmente associadas, acabando por encontrar-se entre estes dois um álibi somático.

O conflito interno transborda através do corpo e é a partir deste descodificar da doença orgânica que o médico se aproxima do doente com a sua capacidade empática de forma a poder-lhe transmitir a ajuda e segurança necessária para uma verdadeira “cura”.

A experiência psicanalítica demonstra que as doenças psicossomáticas se inscrevem num fundo de depressividade ou de depressão falhada, desta forma, todas as partes do corpo estão condicionadas às manifestações potenciais de depressão, e é esta, certamente a perturbação emocional e mental que predomina na humanidade.

Mãe, já nada nos separa.
Na tua mão me levas,
uma vez mais,
ao bosque onde me sento
à tua sombra.
– Como tu cresceste –
Suspiras.

Eugénio de Andrade

6 RELAÇÃO MÃE-FILHO

O recém-nascido humano é sem dúvida o ser que apresenta, face aos recém nascidos de outras espécies animais, um equipamento mais imaturo para se adaptar ao ambiente.

Esta menor apetência biológica, aparentemente desfavorável, estará no entanto ligada a um maior desenvolvimento da inteligência do ser humano e maior capacidade de adaptação às várias circunstâncias do meio.

Outra consequência é a sua mais prolongada dependência ao meio familiar.

Surge o conceito de Epigénese referindo-se à organização somática e psíquica do indivíduo numa interligação de fenómenos genéticos (a ontogénese relacionada com a evolução individual, e a filogénese com a evolução das espécies) com fenómenos em que intervêm os factores relacionados com o ambiente envolvente.

O bebé vai desta forma depender nos primeiros anos de vida dos cuidados físicos e psíquicos dos que o rodeiam

Nesta perspectiva, a mãe é assim, sem dúvida, na primeira fase do desenvolvimento do bebé, a personagem que adquire um papel principal nos seus primeiros tempos de vida.

A sua natureza biológica levou-a a uma maior compreensão da relação precoce mãe/filho, como aspecto determinante para o desenvolvimento infantil.

A forma como se desenvolve esta relação vai ser determinante para o funcionamento mental da criança ao longo da sua vida.

É nesta interacção instintiva e de suporte que ela irá aprender a comunicar e a relacionar-se como ser humano.

Toda esta relação materna tem como função a envolvência e o preenchimento das lacunas existentes no bebé, assim como também é facilitadora para as experiências libidinais deste e do seu modo de aprendizagem.

As atitudes inconscientes da mãe são os factores determinantes para que se estabeleçam relações de afecto e de prazer entre ambos, ou pelo contrário que surjam perturbações .

É dentro dessa “díade” que os intercâmbios se efectuam e em que a capacidade empática da mãe para a natureza e compreensão dos estados afectivos do filho num estágio pré-verbal é extraordinariamente importante.

Foi Freud quem inicialmente trouxe o papel primordial à primeira infância para a construção do indivíduo quando adulto e da sua futura identidade.

O seu estudo sobre o inconsciente foi pioneiro e a função exercida seria o manter o bebé afastado de todo o estímulo que lhe provocasse desprazer.

Deu assim um ênfase especial ao recém - nascido e ao seu estado de “desamparo mental “ como estado de angústia provocado pelo corte umbilical, seguido do qual a criança irá depender orgânica e psicologicamente de outros.

Desenvolveu o conceito de identificação e atribuiu à relação entre o bebé e a sua mãe um valor extraordinariamente importante tendo designado este laço afectivo como “ a manifestação mais temporaria de um enlace afectivo com outra pessoa “ (Freud 1921).

Segundo ele o bebé pouco a pouco irá organizando um Eu através de relações estabelecidas com o outro e esforçando-se por substituir o princípio do prazer pelo princípio da realidade.

Inicia a sua vida mental quando a estranheza face ao desconhecido deixa de ser factor de ansiedade.

M. Klein (1921) interessando-se também por crianças e por todo o seu desenvolvimento muito precoce, dá o seu contributo para o desenvolvimento de conceptualizações na relação entre mãe/bebé

Para esta autora, desde os primeiros tempos de vida existe uma relação de objecto primitiva, um Eu dotado de rudimentos de integração, de capacidades de experimentar angústia e desenvolver defesas.

Neste início da vida mental, a relação de objecto é parcial, com o seio materno, este pode ser bom ou mau, consoante a capacidade da mãe conseguir ou não apaziguar a tensão interna experimentada pela criança.

O bebé vai idealizar o seio bom e identifica-se a ele por um mecanismo de identificação.

É através desta introjecção que se irá formar um sadio narcisismo e um sentimento de auto-confiança, a criança para o preservar recorre à clivagem dos bons e maus aspectos das experiências, projectando o que é mau para o exterior.

Esta corresponde para ela à posição esquizo-paranoide.

A criança aos poucos toma consciência de que não existem duas pessoas mas uma só com dois aspectos distintos, disponível ou frustrante, e é nesta altura que toma consciência dos seus próprios aspectos bons e maus.

M. Klein, apercebendo-se do papel destas relações precoces preconiza a existência de uma fase de sadismo, em que a criança, segundo ela, "deseja devorar o seio materno", o que lhe vai causar muita angústia pelas projecções e introjecções efectuadas.

Para esta autora na identificação projectiva há uma descarga de vivências mentais, de angústias intensas, sobretudo de carácter persecutório no interior do outro, de forma a fornecer-lhe um alívio.

A mãe se tiver um modo adequado de relação irá absorvê-las, pensá-las, integrá-las e devolvê-las, de forma menos angustiante ao bebé.

Forma-se assim um tipo de comunicação mãe/bebé dentro do qual se desenvolveria um modo de funcionamento mental.

Quando a mãe que apresenta uma qualidade afectiva adequada vai desencadear na criança a segurança de que as suas fantasias não a destroem, e então todo o processo de desenvolvimento se processa de uma forma adequada e com qualidade, sob este registo surge a capacidade simbólica.

Assim para M. Klein (1930), o sadismo é o motor da organização do pensamento e o que desenvolveria a capacidade simbólica.

Para Bion (1962), é a ausência do seio que organiza o aparelho para simbolizar, pensar e produzir a identificação projectiva normal.

Descrevendo e aplicando esta noção à relação mãe/bebé, deu particular atenção à capacidade de “rêverie “ da mãe.

Esta funcionaria como um continente de sensações desagradáveis do latente, os quais seriam transformados através da sua capacidade emocional em sentimentos mais aceitáveis para este.

Assim, nas etapas mais precoces do desenvolvimento, não haveria senão mais do que impressões sensoriais e expressões emocionais primitivas, às quais designou de “ protopensamentos “.

Estes pensamentos são objectos maus e dos quais o bebé necessita livrar-se. A mãe na sua função ao acolhê-los propicia-lhe a eliminação destes sentimentos de desprazer e serve de continente a estes conteúdos.

Para Bion o termo “pensamento “ inclui pré-concepções, concepções, pensamentos propriamente ditos e os conceitos.

Para o desenvolvimento da criança, seria de grande importância para a sua capacidade de pensar e simbolizar a frustração pela ausência do seio e capacidade de tolerar essa frustração.

Assim quando uma pré-concepção não se realiza, pode dar lugar ao aparecimento do pensamento propriamente dito e a capacidade da criança pensar dependerá da sua capacidade para tolerar a frustração.

Spitz (1945), foi dos primeiros psicanalistas a utilizar a observação directa da criança para descrever a sua evolução psicogenética, assim através dos seus estudos dá-nos um contributo sobre a importância da carência afectiva precoce no desenvolvimento de perturbações da esfera relacional

Descreve dois tipos de relação patogénica, uma na vertente quantitativa, relação insuficiente, e outra na vertente qualitativa, na qual predomina uma relação perturbada, reflexo de desajuste na díade mãe/bebé.

Para este autor pode-se distinguir vários distúrbios psicossomáticos precoces como consequência de desajustes importantes da relação perturbada com a mãe, podemos incluir alguns dos mais recorrentes tais como os distúrbios alimentares graves, vómitos e as cólicas do primeiro trimestre.

Descreve um quadro clínico de depressão anaclítica efectuado através dos seus trabalhos sobre o hospitalismo e que se pode desenvolver durante os primeiros 6 meses de vida quando há uma prolongada ausência da relação com a mãe.

Verificam-se então patologias de ordem psicossomática quando existe uma perturbação do ambiente que rodeia a criança, reagindo esta através do corpo. Esta privação inicial, quando prolongada poderá dar origem a uma imaturidade afectiva e relacional, onde em pano de fundo se encontram atrasos de linguagem um empobrecimento da afectividade ou um deficit do seu próprio investimento narcísico.

Assim, para Spitz o bebé quando nasce, desprovido de qualquer meio de subsistência necessita de um envolvimento protector de forma a permitir-lhe lidar com uma vasta gama de sensações, quer agradáveis, quer desagradáveis, mas ás quais sozinho não consegue dar-lhes qualquer significado.

Spitz designou-o de "sistema fechado" por apenas estarem envolvidos dois componentes.

Este autor foca algumas hipóteses levantadas por filósofos, psicólogos e psicanalistas em que possa existir entre mãe e filho uma comunicação baseada em percepções extra-sensoriais ou telepáticas, utilizou alguns métodos experimentais e de observação, que futuramente terão de ser mais aprofundados.

Defende um ponto de vista diferente de outros autores psicanalistas quando preconiza a ideia da existência de um estado de indiferenciação inicial, em que os processos psicológicos submergem dos fisiológicos subjacentes num processo lento e contínuo até chegar à verdadeira relação objectal.

Distingue três estádios de desenvolvimento infantil sendo este desenvolvimento marcado por organizadores do aparelho mental.

- Narciso ou de não diferenciação (três primeiros meses de vida).
- Pré Objectal ou precursor objectal (entre o 3º e o 6º mês).
- O Objecto libidinal ou de verdadeira relação de objecto (dos 6 aos 9 meses).

Segundo Spitz o primeiro organizador inicia-se pelo 2º mês de vida e corresponde à reacção do bebé sorrindo à face humana.

Este sorriso é para o autor a primeira manifestação comportamental, activa dirigida e intencional e demonstra já ser o primeiro indicador da passagem duma atitude passiva para uma mais activa.

O sorriso do bebé é importante na díade, induz na mãe o sentimento de ser reconhecida e valorizada pelo bebé.

Este período pode ser considerado como a idade onde se estrutura uma emoção.

Como sugerem as actuais investigações a vivência emocional obedece a um determinismo genético importante, mas ao mesmo tempo, tudo se passa como se o ambiente fosse determinante para que esses processos se desenvolvam.

O segundo organizador do aparelho mental ocorre entre o 6º e o 8º mês, durante o qual a criança muda o seu comportamento no relacionamento com os outros.

Nessa idade já não responde com um sorriso quando alguém se aproxima, mas com um comportamento de rejeição face a uma figura que para ele é estranha à mãe. Esta presença vai-lhe causar um sentimento de desprazer.

Nessa altura a capacidade para a diferenciação perceptiva diacrítica já está bem desenvolvida, o que significa que a criança tem traços mnésicos, surgindo uma discrepância ao comparar a representação mental da mãe com a do rosto do estranho. É assim, indicador que a criança estabeleceu uma relação de objecto de amor específica com a mãe e que atingiu o estágio objectal.

Estas manifestações de prazer/desprazer face ao estranho fará parte dum sadio desenvolvimento da criança e da formação do seu sistema psíquico e é importante que a mãe possibilite esta passagem.

Caso contrário, a falha neste processo, poderá dar origem a manifestações somáticas, nomeadamente asma ou outras de estrutura alérgica.

O terceiro organizador da psique é o domínio do "Não "

Para o autor, é o primeiro símbolo semântico do bebê e a origem da comunicação verbal.

É um facto que tem consequências de longo alcance para o desenvolvimento emocional da criança; supõe que ela tenha adquirido a primeira capacidade de julgamento e de negação e é um marco importante do seu próprio reconhecimento enquanto indivíduo separado.

Winnicott (1960) também refere a importância da presença emocional da mãe nos cuidados a desenvolver com os bebês nos seus primeiros meses de vida.

Preconiza a necessidade quase exclusiva da mãe nesse período de tempo no qual ela deixaria de investir o mundo real à sua volta para se dedicar exclusivamente ao seu filho.

Permitir-lhe-ia uma maior proximidade com o filho e conseqüentemente uma maior compreensão das suas necessidades fisiológicas e afectivas.

Segundo este autor existe uma classificação interna das qualidades da figura materna face aos cuidados prestados.

Distingue desta forma uma mãe suficientemente boa e uma mãe não suficientemente boa, na sequência de ter conseguido adaptar-se e dar uma resposta adequada às necessidades do filho ou não.

Em caso afirmativo, este desenvolver-se-á numa forma "saudável" com confiança e oferecendo-lhe fundamentos numa boa e fácil comunicação.

Na sua falta, o relacionamento será efectuado através das suas próprias projecções e a criança desenvolver-se-à com núcleos de um falso self mais adaptados às necessidades maternas do que em função dele próprio.

Para Bergeret,(1976), a evolução da organização psíquica segue a via psicossomática quando o Eu ultrapassou sem grandes frustrações, nem fixações as relações precoces com a mãe. No entanto, no momento da entrada do Édipo, surge um traumatismo psíquico intenso, numa organização ainda mal estruturada e organizada em relação às suas adaptações e defesas.

A criança entra assim numa situação edipiana para a qual não está preparada e o seu efeito é o de deter a evolução libidinal posterior do indivíduo numa pseudo-latência, isto é, numa falsa dessexualização da pulsão genital, elaborada fora do Édipo.

A evolução desta organização surge quando as manifestações mentais se encontram dessexualizadas, desinvestidas e autonomizadas em proveito de uma regressão para um modo somático e psíquico, mal diferenciados de excitação e de expressão.

Para João dos Santos (2000), a fase que se segue ao nascimento é aquela em que a criança começa a socializar-se e a aperceber-se dos sentimentos e afectos do que o rodeiam face a ele próprio.

O mundo pode ser sentido como receptivo ou hostil conforme a capacidade de envolvimento e de empatia que a mãe conseguir estabelecer com ele e é só num contexto de amor que a criança reconhece a existência dela dentro de si.

É nesta altura que a criança aprende o que de mais humano a caracteriza: “ a sorrir e a chorar, a receber e a dar afecto, a andar e a falar, a controlar-se e a não sujar, a destruir e a reconstruir as coisas que fazem parte do património do grupo. Toda esta aprendizagem começa no berço...o que não aprende instintivamente com a mãe não é susceptível de ser aprendido didacticamente.”

7 RELAÇÃO MÃE-CRIANÇA ASMÁTICA

Através da breve passagem por alguns autores que se dedicaram à investigação da relação precoce mãe/bebé, podemos verificar a importância da função materna no futuro desenvolvimento do funcionamento psíquico da criança.

Assim, se tudo decorreu numa forma adequada e ajustada, a criança irá ter um desenvolvimento harmonioso e saudável, se pelo contrário, a relação não se estabeleceu numa forma adequada pela “inexistência de um espaço psíquico para conter o seu bebé” (A. Dias 1988), a criança não terá uma evolução equilibrada.

O equilíbrio psicológico da mãe é assim fundamental para a capacidade de autonomia do filho. Referimo-nos à ideia da mãe que tem que estar presente para depois ser deixada

É esta ideia de mãe securizante com capacidade empática que consegue aceitar as oscilações emocionais do filho e compreendê-las e não no sentido sufocante de forma a impedir que este prossiga o seu funcionamento autónomo, como é descrita a personalidade das mães de crianças com compleição somática e alérgica, nomeadamente as asmáticas.

Através de manifestações corporais o bebé ainda pequeno estabelece uma relação com os seus pais, estas podem ser de alegria ou de cólera e mal-estar,

contudo será sempre a forma de se exprimirem e transmitirem aquilo que sentem.

A mãe através de atitudes ansiosas poderá satisfazer rapidamente o seu filho não lhe dando espaço para elaborar a ausência ou pelo contrário não estar atenta às necessidades básicas do seu filho por estar demasiado deprimida, levando desta forma o seu filho também a deprimir-se.

Estes tipos de respostas podem levar conseqüentemente a patologias psicossomáticas da criança.

Fain (1971), associa as crises de asma ao efeito patogénico de uma atmosfera conflitual da qual o bebé não teria recursos para se desembaraçar e isto seria conjugado com um clima de envolvimento materno demasiado super protector, o que não lhe permitiria aceder a qualquer sensação de falta e desta forma bloquear a sua capacidade simbólica.

Estas mães apresentam também uma enorme dificuldade em identificar-se com o bebé e ao não lhes darem espaço para se organizar internamente submetem-nos às suas próprias exigências.

Quanto mais pequena é a criança maior a labilidade e a dependência de fenómenos maternos, podendo em certas circunstâncias a marca da sua economia psicossomáticas ser confundida com a da sua mãe.

Paralelamente, a Escola Psicossomática de Paris descreve estas mães como tendo características depressivas, desta forma demonstrariam uma maior dificuldade em compreender os sinais dos seus filhos e poder corresponder-

lhes com um maior grau de empatia e sintonia e desta forma poder desencadear nestes fenómenos psicossomáticos.

Para Mellita Sperling (1978) a asma tem também uma correlação com o papel desempenhado pela mãe e com a expressão da agressividade e rebelião contra esta, a qual não é verbalizada abertamente.

Esta relação é caracterizada por uma rejeição por parte da mãe quando a criança se encontra de saúde e tenta adquirir a sua autonomia e por uma gratificação quando esta se encontra doente.

Este sintoma da asma é considerado como uma defesa contra uma perigosa descarga de agressividade dirigida contra a figura materna, a qual é descarregada através do sintoma somático de forma, a pôr mesmo a sua vida em perigo.

A etiologia é ligada à fase anal, onde a criança passa do seu papel passivo e dependente para uma situação onde ela começa a querer afirmar-se, daí o conflito entre esses dois lados dela que correspondem por um lado à sua necessidade de se aproximar e por outro à de se separar.

Dentro desta relação conflituosa em que a criança se submete aos desejos da mãe, a asma é a confirmação para a mãe, de que ela é indispensável para a vida da criança.

Assim segundo esta autora, nos ataques de asma a criança cede e submete-se à mãe (ou substituta) na realidade e quando se sente doente, ela assume inconscientemente por via do sintoma, um controlo mágico do desejo de viver ou morrer.

Sperling (1978) refere que os desenhos que estas crianças efectuam apontam para fantasias intra-uterinas.

Estas fantasias surgem nas suas representações imagens aquosas (chuva, mar, etc.) e ás quais elas nas suas associações sobre o desenho evocam imagens do corpo “in útero”.

As paisagens são pouco definidas nos seus contornos superiores e inferiores, o céu é pouco representado quando não completamente inexistente podendo representar um sentimento de falta de ar, as paisagens apresentam um marcado simbolismo sexual. (L. Vicente 1999).

Para French e Alexander (1941) o conflito da asma refere-se essencialmente à dificuldade de separação da mãe.

O medo de a poder perder e de ficar prisioneira desta relação ambivalente em que predomina o apelo e o receio da sua perda, assim como a repressão do choro parecem ser para estes autores os factores mais significativos para o desencadear destas crises.

Gerald (1940) verificou a importância do factor de rejeição materna no desenvolvimento da asma brônquica.

Para ele, esta rejeição associada à sensibilidade alérgica (factor segundo ele de importância secundaria), e à inibição das lágrimas e do choro, são aspectos considerados de maior importância, contudo não os consideram concludentes.

Para que este terreno se propicie deverá existir também uma relação entre mãe e filho duma proximidade excessiva.

Alguns autores descrevem estas mães como asfixiantes pelas suas atitudes em que forçam os seus filhos ás suas próprias necessidades.

Abramson (1963), refere que o primordial desta relação não é a rejeição, mas sobretudo o oposto, ou seja uma relação demasiado próxima “devoradora”.

Margolis (1961), através das suas observações descreve nestas mães reacções essencialmente ligadas à doença crónica do filho, atribui-lhes um papel materno exigente face a esta criança, que está doente.

Coolidge (1956), num estudo aprofundado sobre a relação mãe/filho asmático, refere que estas mães apresentam um grau de infantilismo afectivo acentuado e que apresentam uma ligação neurótica à sua própria mãe.

As crises asmáticas delas próprias não melhoram com a sua relação de casal, mas em contrapartida a gravidez dá evidências de algumas alterações psicológicas, onde ressaltam melhorias desses seus sintomas, assim como se verifica uma maior vitalidade e sentimento de completude.

O nascimento do bebé, vai romper com esse estado, e ela vai querer manter a todo o custo essa relação fusional com o seu filho, tentando não se separar dele.

Esse desejo de não separação, vai-se repercutir no desejo inconsciente de respirar com ele, ou mesmo por ele.

Para L. Kreisler (1974), existem três tipos de características diferentes encontradas nas crianças asmáticas.

A primeira é designada por estrutura alérgica clássica, as outras duas entidades surgem tanto nas perturbações asmáticas como noutras desordens somáticas, são estruturas psico-afectivas mal organizadas e neuroses de comportamento.

Segundo este autor a personalidade descrita destas crianças é fundamentalmente caracterizada pelo tipo de relação de objecto estabelecida. São ligações rápidas, mostrando desde início uma grande familiaridade, pouco consistentes uma vez que rapidamente são substituídas, mas enquanto duram têm um carácter de grande dependência.

“As crises psicossomáticas constituem uma linguagem para decifrar e fazer compreender à criança que o corpo exprime o que a palavra não pode dizer”

Dolto

8 ASMA

8.1 Breves noções históricas

ASMA etimologicamente vem da palavra grega “ ásthma “ que significa “arquejar, respiração difícil”.

Desde Hipócrates (430-370 A.C.), que a asma é uma das doenças clássicas descritas e reconhecida como patologia respiratória.

Contudo, até então a palavra asma designava genericamente quase todas as patologias respiratórias no que respeitava ao aparelho respiratório.

Foram necessários muitos anos para que a asma se pudesse distinguir como patologia independente.

É John Miller, que em 1769, distingue a asma das crianças de outras entidades clínicas e utiliza o termo asma para a diferenciar de outras apneias.

Dá-lhe desta forma uma patogénese e uma história natural própria.

Foi a partir de 1905 que o problema teve uma nova orientação, tendo este sido melhor definido quando Freud publicou um fragmento da análise dum caso de histeria.

Apesar dos autores, na maior parte deles americanos, terem uma orientação psicodinâmica de 1905 a 1938, as pesquisas tomaram orientações diferentes.

Foi Dumbard em 1943 que ao publicar “Notas psicanalíticas no que respeita à asma e à constipação dos fenos” influenciou americanos e europeus para pesquisas nesta direcção.

Os trabalhos de Saul, da escola americana, em 1938, tiveram em conta os factores psicogénicos para o desenvolvimento da etiologia destas doenças respiratórias.

Alexander, em 1941, estuda os factores psíquicos da asma brônquica e nesta altura associa o ataque de asma a um grito reprimido face à mãe.

Em 1950, inclui pela primeira vez a asma brônquica nas consideradas perturbações psicossomáticas dado o factor psicossocial do desenvolvimento desta patologia, paralelamente aos factores de predisposição hereditária, postulando que o sistema nervoso simpático é utilizado para produzir uma energia que bloqueia as emoções.

A partir desta época, há uma maior multiplicação de trabalhos e de opiniões, contudo mantendo sempre esta mesma linha de fundo conceptual.

A escola psicossomática de Paris, representada por Marty, Racamier, Soulé, D. Anzieu e Sami Ali continuaram e multiplicaram estes estudos aprofundando-os.

8.2 Incidência

Das doenças crónicas a asma é considerada a que surge com maior incidência na clínica pediátrica, e a sua tendência tende a ser ascendente.

Segundo estudos efectuados por Rosado Pinto (1999), 12% dos jovens portugueses com idades compreendidas entre os 13 e os 14 anos tiveram pelo menos uma crise de asma.

A grande percentagem de adultos asmáticos iniciou as suas crises antes dos 10 anos.

Como se pode verificar através destas elevadas percentagens é uma doença com grande impacto no nosso país.

As causas apontadas para este facto parecem ter a ver, entre outras razões, com as características húmidas do nosso clima, características das nossas habitações, pó, fungos, polens, fumos de fábricas, etc.

Diversos estudos demonstram que a asma está em constante expansão sobretudo nos meios urbanos e nos países mais desenvolvidos.

Através de alguns trabalhos efectuados por Williams em 1969, a incidência desta na criança é de 4 a 10%.

A sua prevalência e as suas características requerem um grande interesse dado que é uma doença que desencadeia muita ansiedade nos que a rodeiam

e pelo facto de poder ter repercussões físicas importantes e até mortais para as pessoas.

É uma doença que interfere com a vida familiar e com a criança no seu dia a dia, tendo repercussões claras na sua qualidade de vida.

Segundo Cordeiro (cit. Rosado Pinto 1999), a asma tem reflexos no sucesso escolar da criança prejudicando-o fortemente, pelo que deve caber à escola preparar as condições para que essa diferença se minimize e não lhe causar qualquer estigma, desmotivando-a das aprendizagens escolares.

Segundo Coelho (1996, cit. Pires 2001) as “doenças do aparelho respiratório e área de otorrinolaringologia”, constituíram 34% do atendimento no serviço de urgência do Hospital D^a. Estefânia em 1994, e foi o primeiro motivo de atendimento.

A asma dentro desta patologia teve uma percentagem de 6,5 de casos e a faixa etária mais afectada foi entre os 5 e os 11 anos.

Estes dados incidem só em casos em que há uma clara evidência de asma, porque surgem também situações, em que existindo outras variantes de dificuldades respiratórias e que podendo ser também de asma, não foi possível um aprofundamento de diagnóstico neste serviço.

Assim, segundo estes dados, dentro da população infantil portuguesa existem cerca de 5 a 12% de crianças com esta afecção asmática.

9 ASPECTOS CLÍNICOS DA ASMA

A asma no bebê recém-nascido tem uma expressão clínica diferente nos aspectos sintomatológicos da asma das crianças a partir dos 3 anos de idade.

Nestes, aparecem essencialmente crises respiratórias agudas ou bronquites asmáticas, contudo requerem também bastante atenção pela sua gravidade.

Estas crises agudas duram alguns dias e têm a forma de uma pneumopatia infecciosa, com alguns períodos de acalmia.

As crises brônquicas, são mais frequentes, duram cerca de uma ou duas semanas e por vezes repetem-se.

Têm uma incidência rápida e terminam também bruscamente.

É difícil nestas idades poder-se fazer um bom diagnóstico da situação pois há um grande número de outras afecções que aparecem com um quadro idêntico, o diagnóstico é assim dado pelas repetições das crises, ou da existência dum eczema ou ainda por factores de existência de alergias na família.

É importante referir que é na base dum eczema atópico precoce, situação mais recorrente nestas idades, que posteriormente surge a asma, ou acompanham-se passo a passo.

Estes eczemas surgem por volta do segundo semestre e normalmente desaparecem entre o 2º e o 3º ano, no entanto, cerca de 50% dos bebês que

apresentam sintomas de eczema atópico podem a vir ser doentes asmáticos dois ou três anos depois.

Do ponto de vista evolutivo, as crises de asma nos bebês desaparecem espontaneamente, só cerca de 10% é que continuam com a sua sintomatologia.

Perto de metade dos casos de doentes asmáticos da segunda infância, que sucede a um eczema ou que simplesmente apresentam asma isoladamente estes sintomas podem prolongar-se durante vários anos e subitamente cessar durante a fase da puberdade.

Alguns continuam com crises ocasionais enquanto apenas uma pequena parte, menos de 10% apresentam uma asma severa.

10 DESCRIÇÃO DA CRIANÇA ASMÁTICA.

A personalidade das crianças asmáticas é, segundo alguns autores, difícil de descrever pois não há um tipo de personalidade específica para estes doentes. (Herbet, 1965).

Em observações referentes a psicoterapias relatadas no livro de Kreisler(1981), verificou-se que havia uma grande variedade de organizações mentais nas crianças que irão sofrer de crises de asma durante o período de latência, o que está de acordo com a afirmação anterior.

Ajuriaguerra (1970), descreve estas crianças como sendo nervosas, ansiosas e com falta de confiança nelas próprias.

Demonstram dificuldades de separação em relação às mães e uma grande dificuldade em chorar.

São ávidas de afecto e a forma como conseguem obtê-lo da sua mãe é através de atitudes de submissão, sendo normalmente bastante passivo-dependentes, demonstrando uma grande capacidade de resignação e adaptação ao seu meio ambiente.

Têm uma grande dificuldade em exprimir a sua agressividade e hostilidade directamente em relação à mãe surgindo esta através de atitudes menos

directas como seja a enurese, caprichos alimentares ou indirectamente dirigidas contra certos objectos.

Apresentam uma enorme necessidade duma relação afectiva próxima, mas esta remete para dificuldades em autonomizar-se e crescer do ponto de vista da sua maturidade e independência.

A reactividade dos brônquios, que impedindo a circulação do ar desencadeia na criança uma sensação de angústia muito grande, de morte eminente, o que explica em parte o papel que a noite exerce nestas crianças e o medo por vezes que surge da ausência da figura materna, assim como a sua dependência face a ela.

Estudos efectuados sobre a asma por Ajuriaguerra em 1970 no seu manual de "psyquiatrie de l'enfant" introduziu uma nova visão sobre a criança asmática.

Este autor visa sobretudo o carácter da angústia de separação nestas crianças, a repressão da sua agressividade assim como dá um particular relevo à relação que esta estabelece com a sua mãe.

A asma é assim uma das afecções das crianças que mais estudos e interesse têm suscitado pelo seu carácter ansiogénico e no qual em algumas circunstâncias pode ser fatal, separando desta forma a linha entre a vida e a morte.

Estas podem ser manifestações esporádicas como respostas a situações extremas, por exemplo, quando se trata de situações de contrariedade,

emoções muito fortes ou problemas escolares, ou mesmo situações que desencadeiam grande alegria podem dar origem a problemas respiratórios.

Em algumas crianças não é uma situação pontual que vai desenvolver este tipo de reacção, mas é mais uma forma de relação com ele próprio face ao mundo que o rodeia e de um modo no qual impera alguma constância.

Em qualquer dos casos podemos referir-nos a um disfuncionamento do sistema imunitário que fabrica anti corpos contra qualquer coisa que normalmente não devia ameaçar a integridade do organismo.

A dificuldade em respirar, acto natural e essencial à vida desde que nascemos, encontra-se comprometido no seu funcionamento. “ o organismo é antes de mais relacional... o organismo puro não existe, tal como o psiquismo puro também não, só existem misturas de ambas”. (Sami Ali 1987).

É importante referir que tudo isto se organiza num contexto relacional cujo protótipo é a relação mãe /criança e onde se mistura intimamente o sensorial e o afectivo.

Dentro deste contexto este autor pressupõe a existência não de significações constituídas mas equivalentes biológicos dessas significações.

Para Sami Ali no sujeito alérgico existe uma incapacidade para assimilar a diferença, para viver relações triangulares, ficando numa situação de impasse relativamente à figura materna.

É através da mãe que a criança se vê a si própria, numa espécie de prolongamento um do outro, sem que um terceiro elemento separador surja como elemento diferente.

Enquanto durante o seu desenvolvimento, todos os rostos forem através duma intensa elaboração psíquica reduzidos ao rosto da mãe, as crises alérgicas estarão protegidas. Quando um terceiro elemento surge como elemento diferente, a sua identidade fica ameaçada e a crise alérgica surge.(Sami Ali 1987).

11 TRATAMENTO

O tratamento da asma deverá ser efectuado o mais precocemente possível.

Deverá ter-se em conta a idade, a severidade da situação, assim como se existem ou não factores associados de alergias.

O importante é a necessidade da criança se restabelecer e lhe permitir uma adequada integração no meio e um desenvolvimento físico e psíquico adequados à idade, não deixando sequelas que a possam limitar no seu futuro.

Quanto mais pequena é a criança maior dificuldade existe no seu tratamento.

A cura da asma hoje em dia ainda não está descoberta, no entanto, dá-se cada vez mais ênfase às terapêuticas preventivas, estas são extremamente importantes pois são elas que podem reduzir a repetição das crises assim como diminuir a sua intensidade ou frequência

Nas situações de crise, graças aos medicamentos apropriados pode-se reduzir ou mesmo suprimir alguns dos sintomas, estes deverão ser utilizados de acordo com a orientação médica e controlados com a ajuda da família de forma a reduzir-se cada vez mais as idas ao hospital.

Devem ser consideradas também algumas regras e conselhos de forma a minimizarem-se o recurso a medicamentos, tais como a higiene na casa, sobretudo no quarto, evitando o contacto com o pó, com os ácaros, ou, ainda com alguns animais alergizantes.

Paralelamente, é extraordinariamente importante enfatizar-se a importância dum apoio psicoterapêutico adequado, uma vez que estas crises são indissociáveis dum dinâmica que a crise desencadeia e dos efeitos psicológicos que lhe estão subjacentes.

CAPITULO II

1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

1.1 Síntese Teórica e Questões de Investigação

Pensamos importante clarificar as questões centrais que deram origem a este trabalho.

Após uma breve reflexão teórica sobre a depressão e a ansiedade nas mães, e a sua possível tradução orgânica, através de factores somáticos, pensamos ser interessante verificar a influência destes aspectos no desenvolvimento de perturbações, também elas orgânicas, nos seus filhos.

É sabida a importância do papel que a mãe desempenha no desenvolvimento da personalidade dos seus filhos, assim como do facto do seu bem-estar emocional ser determinante para o bem-estar deles.

Mães deprimidas ou ansiosas demonstram uma atitude mais funcional, de assegurar apenas os cuidados básicos dos seus filhos pela falta de disponibilidade interna, do que tendo uma atitude mais ligada à função continente, em que predominam características mais afectivas e mais ligadas à visão do seu filho como criança autónoma e com características específicas.

Foi nesta perspectiva que se deu particular importância aos factores psicológicos da mãe como forma de equilíbrio nesta díade, pois é através desta interacção que se desenvolvem os factores físico/psíquicos das crianças.

As nossas questões de investigação alicerçam, assim, no pressuposto de que a asma tem uma componente psicológica e relacional e neste âmbito, pretendemos averiguar através deste trabalho:

- Se existem diferenças significativas entre as mães de crianças asmáticas e as mães do grupo de controlo, relativamente à ansiedade e à depressão.
- Se a ansiedade e a depressão das mães têm influência no desenvolvimento psico-afectivo dos seus filhos, nomeadamente no que se refere a etapas de separação/individuação (Angústia do 8º mês e maior apego à figura materna). Neste sentido foram definidos como critérios de selecção para a constituição dos grupos (selecção de mães para um e outro grupo):

Grupo de asma

Mulheres que têm, pelo menos, um filho com o diagnóstico de asma moderada e com o teste de alergia positivo com mais de duas cruzes.

Grupo de controlo

Mulheres que não têm nenhum dos seus filhos com asma ou qualquer tipo de alergia.

Neste grupo tivemos em atenção o facto dos seus filhos nunca terem tido qualquer dessas afecções mesmo quando eram pequenos.

1.2 Metodologia

1.2.1 Definição das Hipóteses

Através do pressuposto acima referido e com base na reflexão teórica que apresentamos, pudemos elaborar algumas hipóteses de trabalho que constam do seguinte:

HIPÓTESE 1

Existe um maior grau de ansiedade nas mães de crianças asmáticas face às mães do grupo de controlo, (isto é, o grau médio de ansiedade nas mães de crianças asmáticas é superior ao das mães do grupo de controlo).

HIPÓTESE 2

Existe um maior grau de depressão nas mães de crianças asmáticas face às mães do grupo de controlo, (isto é, o grau médio de depressão nas mães de crianças asmáticas é superior ao das mães do grupo de controlo).

HIPÓTESE 3

Existe uma relação entre a ansiedade e a depressão maternas (Grupo asma) e a angústia do 8º mês.

HIPÓTESE 4

Existe uma relação entre a ansiedade e a depressão maternas (Grupo asma) e um maior apego à mãe.

1.2.2 Definição das Variáveis

- Variável Dependente

A variável dependente, isto é, aquilo que pretendemos explicar, é a asma dos filhos.

- Variável Independente

As variáveis independentes em jogo, isto é, as variáveis explicativas, são a depressão e a ansiedade das mães.

O desenho da presente investigação enquadra-se no pressuposto de que a asma das crianças (variável dependente) é explicada pela ansiedade e depressão das mães (variáveis independentes).

1.2.3 Procedimento

O grupo das mães com filhos asmáticos foi recolhido no Hospital de Sta. Maria, na Consulta de Pediatria no serviço de Alergologia sob a orientação do Professor Doutor Trindade Coelho, cuja prática para o diagnóstico nos merece toda a confiança.

O grupo de controlo foi recolhido no serviço de Pediatria do Centro de Saúde Dr. José Domingos Barreiro, pertencente à Sta. Casa da Misericórdia de Lisboa.

A cada uma das mães foram passados um inventário de depressão, uma escala de ansiedade e um questionário (Ver Anexo) nos dias das consultas dos seus filhos e com a colaboração do técnico responsável.

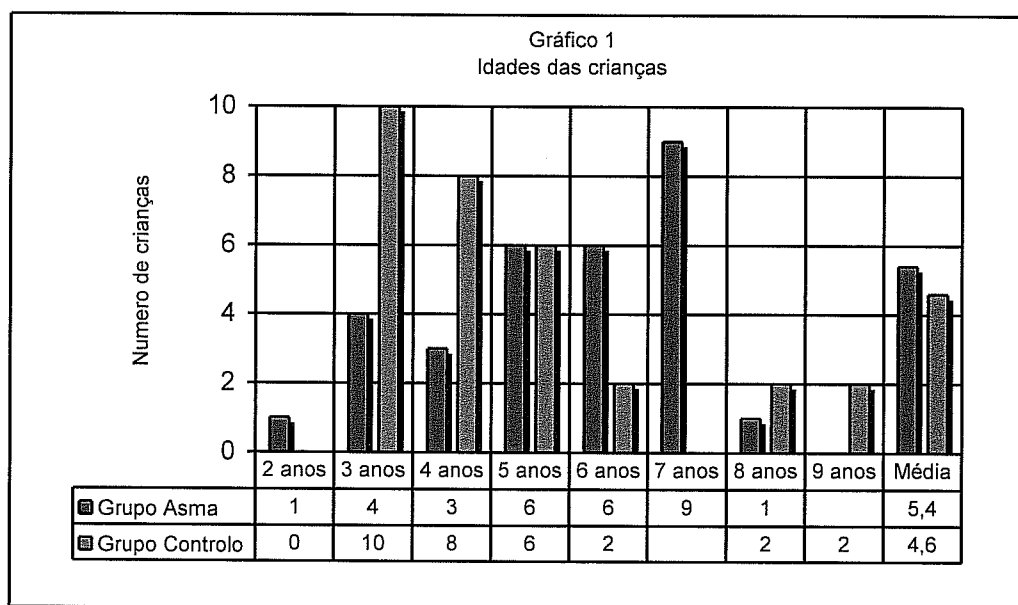
As respostas foram dadas livremente após uma breve explicação do que se pretendia, pondo-nos sempre à disposição para qualquer dúvida que surgisse.

1.2.4 Caracterização da Amostra

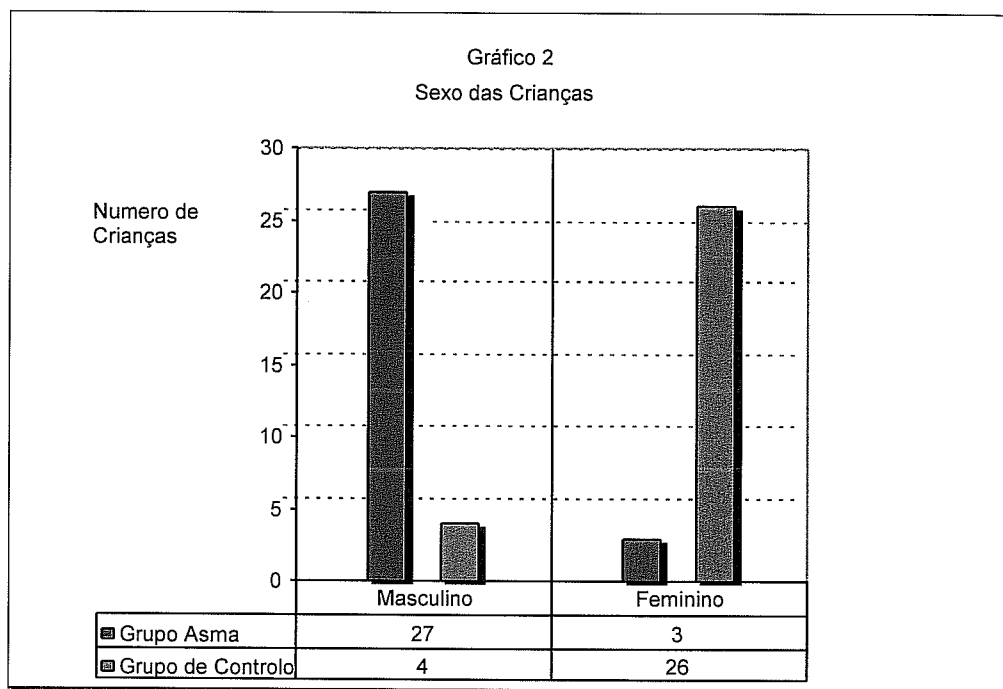
A amostra é constituída por dois grupos de trinta mulheres cada, tendo como condição essencial serem as mães progenitoras.

Um grupo de mães com filhos com o diagnóstico de asma e um grupo de controlo, em que nenhum dos filhos apresentam esta perturbação.

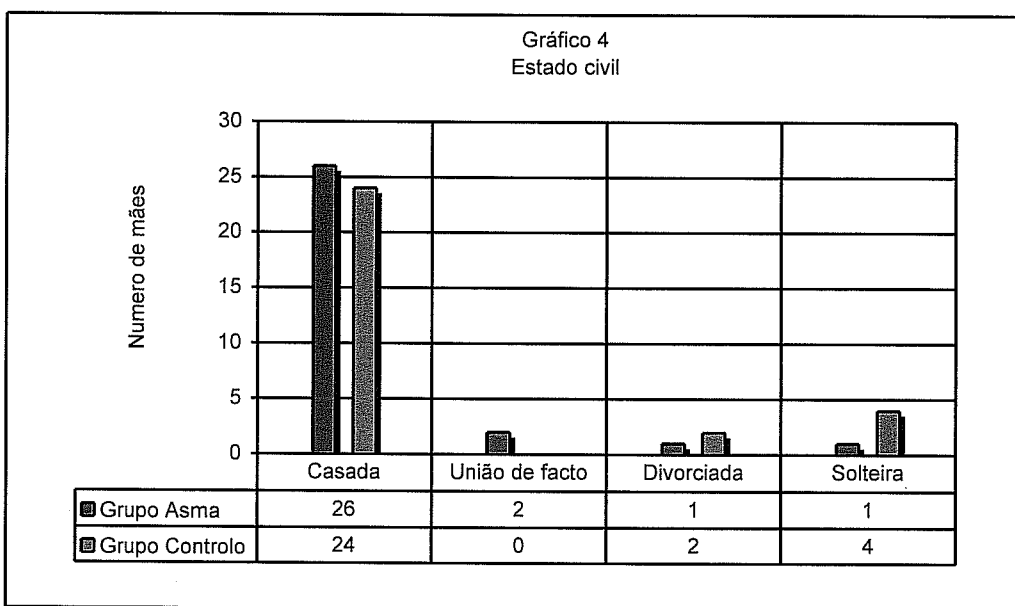
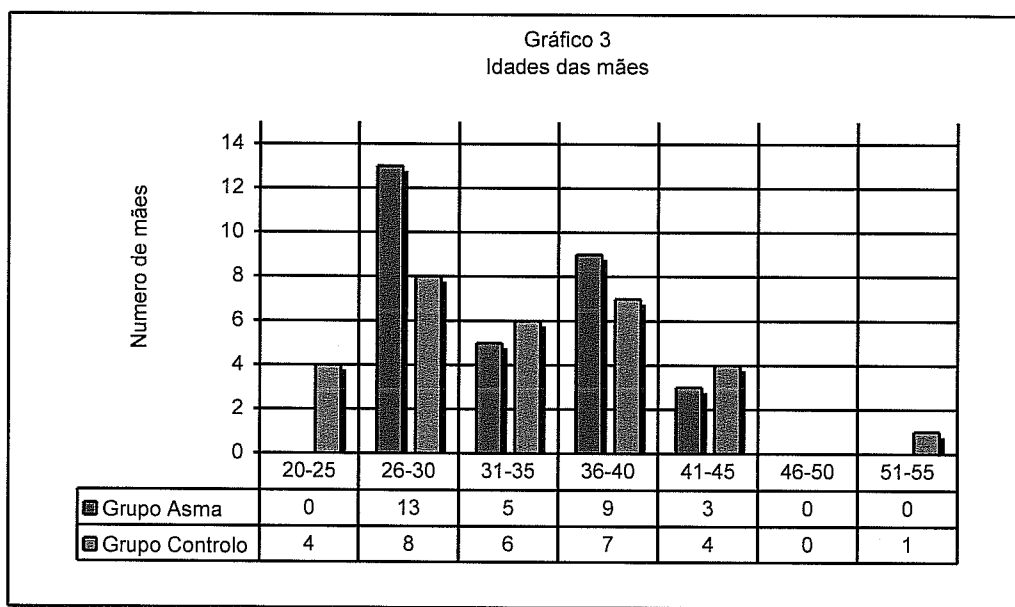
A amostra estudada é constituída por 60 crianças (correspondente a 60 mães), 30 do grupo “Asma” e 30 do grupo de “Controlo”, com idades compreendidas entre os 2 e os 9 anos (Gráfico 1).



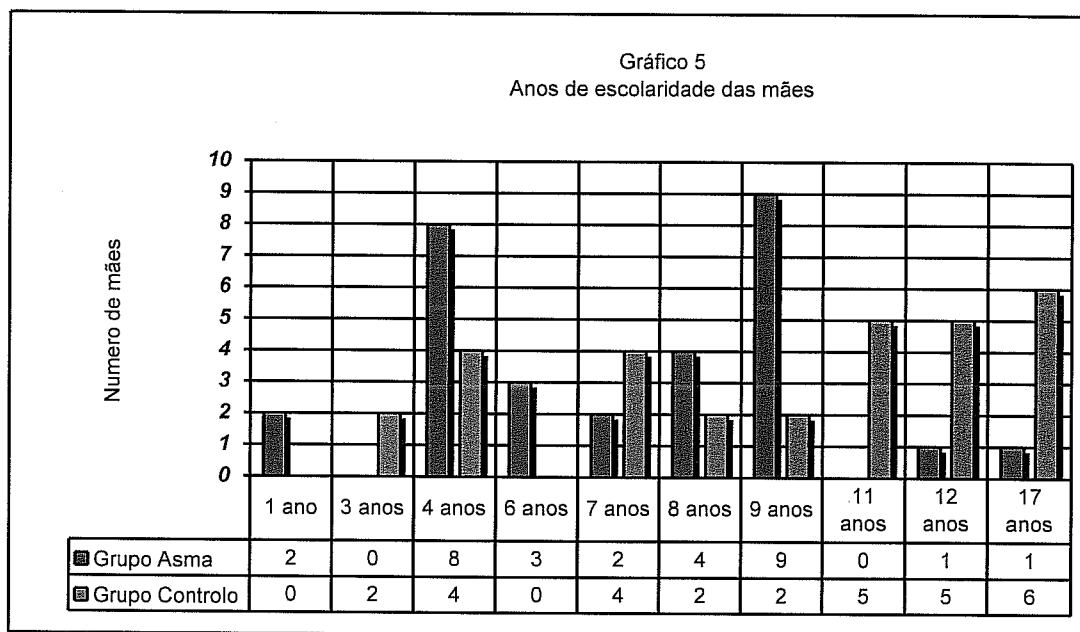
Em termos de género (Gráfico 2), e pese embora, a aleatoriedade subjacente à criação dos grupos/amostra, observa-se que 90% das crianças do grupo “Asma” são do sexo masculino (n=27), enquanto que no grupo “Controlo” a maioria (86,7%) aparece associada ao sexo feminino (n=26).



Quer no grupo “Asma” quer no de “Controlo” (Gráfico 3) observa-se que a maioria, respectivamente 90,0% (n=27) e 83,4% (n=25), têm uma mãe com idade compreendida no intervalo 26-40 e um estado civil de casada, respectivamente 83,3% e 80,0% (Gráfico 4).



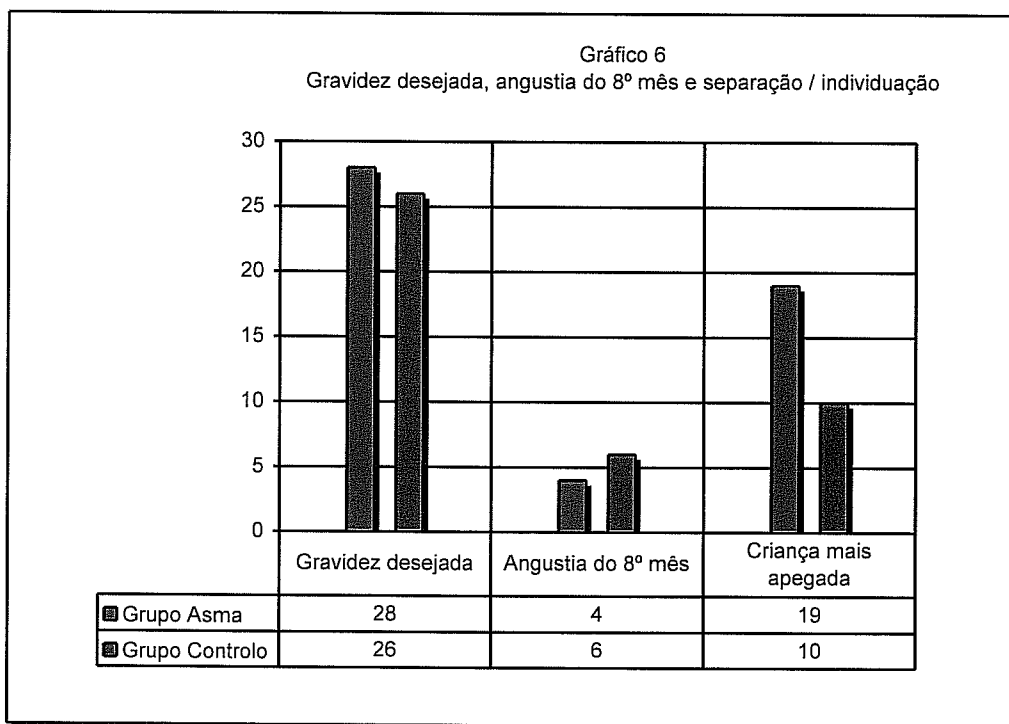
Em termos de grau literário das mães (que varia entre 1 e 17 anos de escolaridade), verifica-se que no grupo Asma apenas 6,6% das mães possui um grau literário igual ou superior a 11 anos, enquanto que no grupo de controlo esse valor é de 53,4% (Gráfico 5).



Tomando novamente a análise intra-grupo, importa referir que a grande maioria respondeu ter tido uma gravidez desejada: 93,3% no grupo Asma e 86,7% no grupo de Controlo (Gráfico 6)

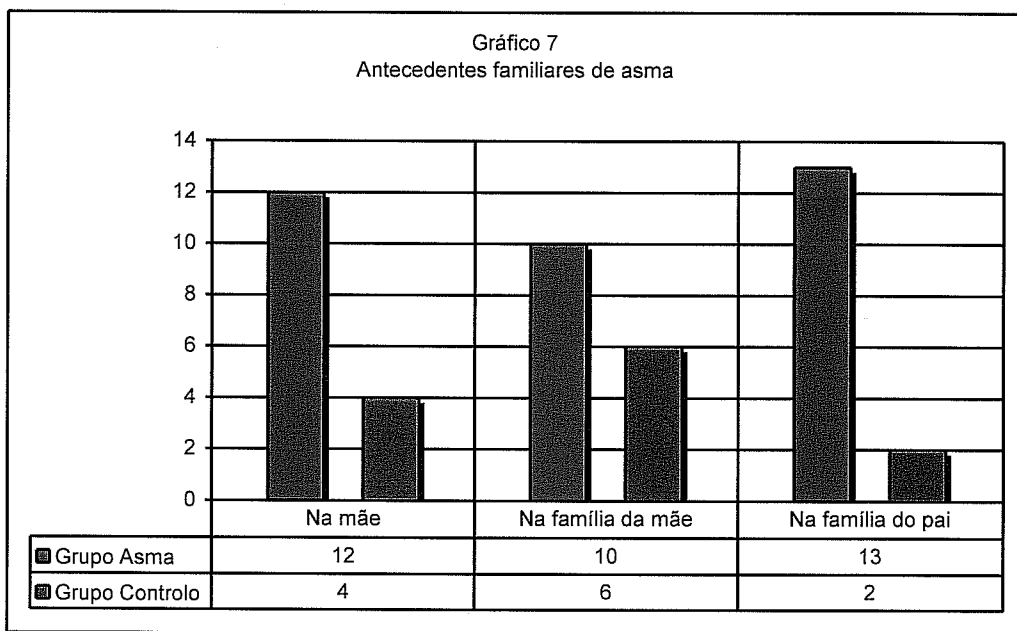
Na questão respeitante à “angústia do 8º mês”, apenas 13% no grupo Asma e 20% no grupo de Controlo responderam afirmativamente à questão (Gráfico 6).

No que respeita à pergunta relativamente à percepção que a mãe tem do seu filho/a ser mais apegada a si do que as outras crianças, as respostas positivas foram de 63,3% para o grupo de Asma e 33,3% para o grupo de Controlo (Gráfico 6).



Em relação aos antecedentes familiares, o grupo de asma apresenta valores mais elevados face ao grupo de controlo, designadamente (Gráfico 7):

- Os “antecedentes de asma na mãe” no grupo de asma, são de 40%, enquanto que no grupo de controlo esse valor é de 13%;
- Na “família da mãe” 33% das respondentes têm antecedentes de asma, enquanto no grupo de controlo esse valor é de 20%;
- Os “antecedentes de asma na família do pai”, para o grupo de asma é de 43% e no grupo de controlo apenas 7%.



1.2.5 Método de Pesquisa

1.2.5.1 Modelos e Instrumentos de Avaliação

Como instrumentos de avaliação foram escolhidos, a escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung, o Inventário de Depressão de Beck e efectuou-se ainda um questionário elaborado por nós para ser aplicado às mães de crianças que estavam dentro dos requisitos atrás referidos (Pág.90) e igualmente às mães do grupo de controlo.

Escolhemos estes dois Inventários acima referidos, pelas suas qualidades métricas de fidelidade e sensibilidade face ao que pretendíamos avaliar, nomeadamente a ansiedade e a depressão.

O inquérito por nós concebido (Ver Anexo) consta de questões relativamente a uma fase precoce do desenvolvimento do filho, nomeadamente no que se refere à angústia do 8º mês, questionada à mãe da seguinte forma: Por volta dos 8 meses o seu filho era tímido, chorava, gritava, tinha vergonha ou ficava ansioso quando via pessoas desconhecidas?

Também se verificou se havia dificuldade de separação da mãe, através da seguinte forma:

Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras crianças?

Tivemos cuidado em verificar o potencial factor hereditário da asma na família da criança.

1.2.5.2 Caracterização da Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung

Foi passada a Escala de Auto-Avaliação de ansiedade de W.W.Zung, (Anexo) como forma de avaliarmos a ansiedade das mães.

Esta escala originariamente, designada pelo autor de "Self Anxiety Scale" (S.A.S.), foi aferida para a população portuguesa por A.S.Vaz Serra, E. Porciano e J. Relvas, em 1982.

A escala é constituída por 20 perguntas, respondidas através de uma rating scale de 4 pontos, cujos extremos se definem por "Nenhuma ou raras vezes" (1 ponto) e "A maior parte ou a totalidade do tempo" (4 pontos).

A pontuação varia assim entre 1 a 4 pontos, e é na soma que se adquire a pontuação total, sendo no final revertida em percentagens.

Sendo o valor 40% estabelecido como o valor médio, consideramos os valores iguais ou inferiores a este valor como normais, e os valores iguais ou superiores a 41,25% como patológicos.

1.2.5.3 Caracterização do Inventário de Depressão de Beck

Foi passado também o Beck Depression Inventory (B.D.I.) (Anexo) que é um Inventário de auto-avaliação elaborada por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh(1961), com a finalidade de avaliar as manifestações comportamentais da depressão.

É uma das escalas mais utilizadas para a avaliação da sintomatologia depressiva do adulto dadas as suas qualidades psicométricas (Reynolds e Gould, 1981). A consistência interna do B.D.I., ao longo dos estudos realizados, tem sido muito pequena variando entre 0,70 e 0,80 (Kashani *et al.*,1990; Robert *et al.*,1991).

Neste Inventário existem 21 itens representativos da sintomatologia depressiva. Face a cada uma das questões é pedido ao sujeito que escolha uma frase que melhor define a forma como se sente actualmente, isto é, no momento em que está a escrever.

Estas frases, que podem ser 4 a 6, estão dispostas numa sequência crescente de intensidade, onde a gravidade da situação é avaliada por uma cotação de 0 a 3 pontos.

A sua soma pode ir de 0 a 63 pontos o que permite avaliar a intensidade da depressão.

Para além desta avaliação global, é efectuado também um reagrupamento sintomatológico em 6 componentes depressivos: abaixo do normal (0-4), não significativo (5-12), leve (13-20), moderado (21-25), severo (26-36) (Ritcher *et al.*, 1997).

1.2.5.4 Tratamento de dados.

Na estratégia usada para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o software de folhas de cálculo Excel para Windows. Criou-se de igual modo, uma base de dados no programa de estatística S.P.S.S.10.0 – Statistic Package for Social Science, versão inglesa.

Posteriormente procedeu-se à validação de base de dados (correção de erros, de incongruências e valores em falta).

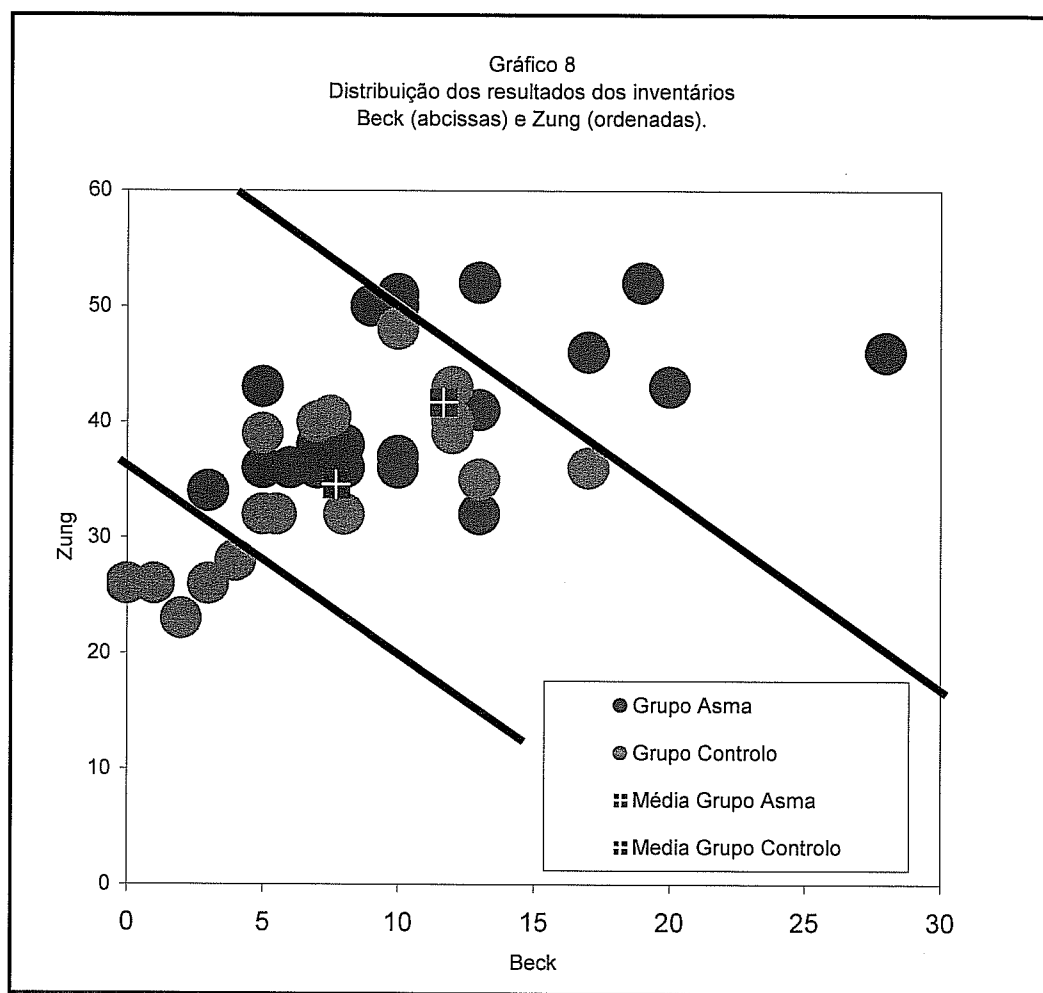
Em primeiro lugar fez-se um estudo descritivo e seguidamente foram utilizados os testes não paramétricos: Mann-Whitney U para duas amostras independentes; a correlação de rho do Spearman e tau-b de Kendall devido ao tamanho reduzido da amostra e por não existir a normalidade e a homocedasticidade dos dados, para testar a veracidade das hipóteses..

CAPÍTULO III

1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1.1 Análise Exploratória

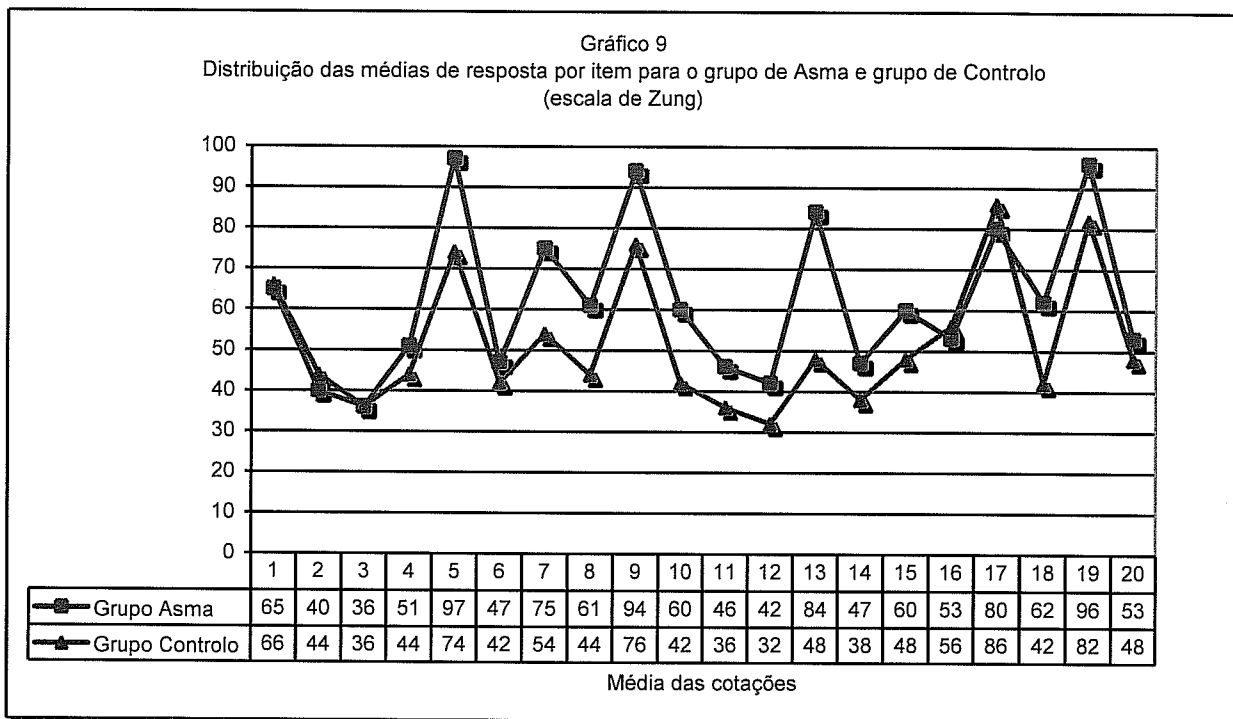
Nesta primeira fase iremos proceder a uma visão exploratória dos dados, isto é, ancorada unicamente na análise de gráficos, visão esta que será posteriormente testada em termos de análise estatística.



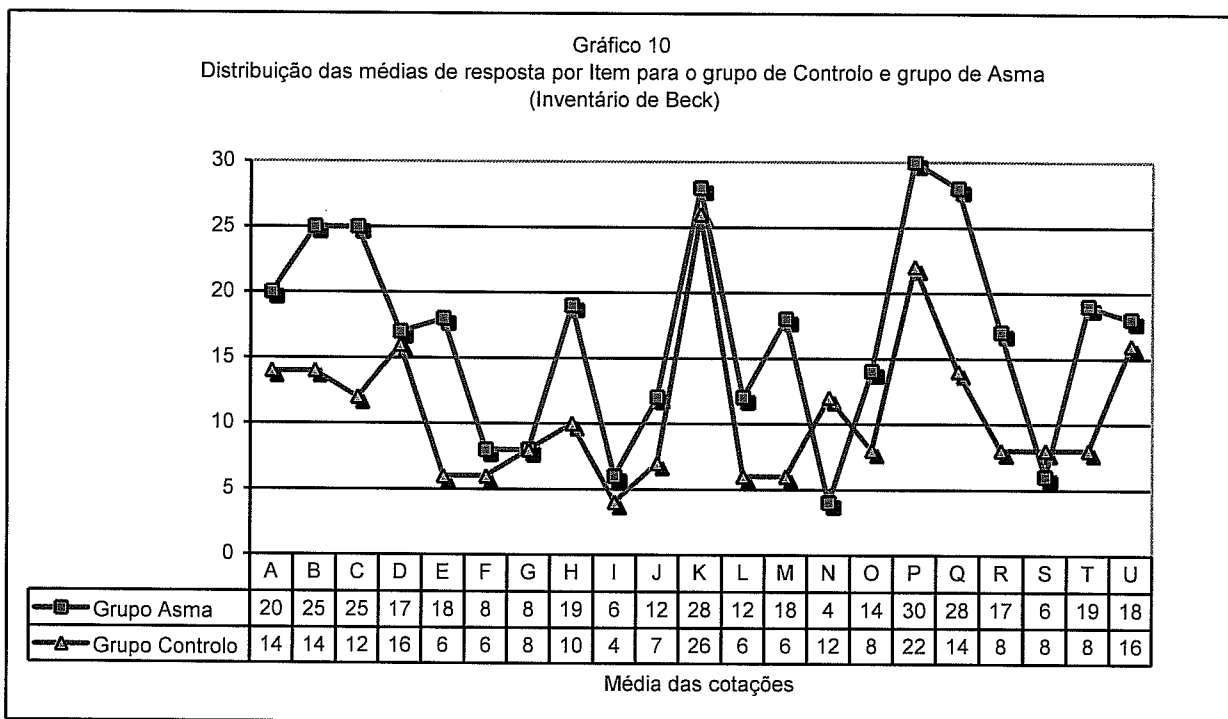
Na conjugação do Inventário de Beck e Escala de Zung, nos grupos de asma e de controlo, podemos observar em termos exploratórios, a existência de um aparente predomínio nos valores do grupo de asma face ao grupo de controlo, (Gráfico 8).

Tomando como pontos de referência as duas linhas guias, podemos observar, na parte superior do gráfico, um “predomínio” de respostas do grupo de asma, enquanto que na parte inferior aparecem apenas as do grupo de controlo. É na parte intermédia do gráfico que se entrecruzam os valores dos dois grupos.

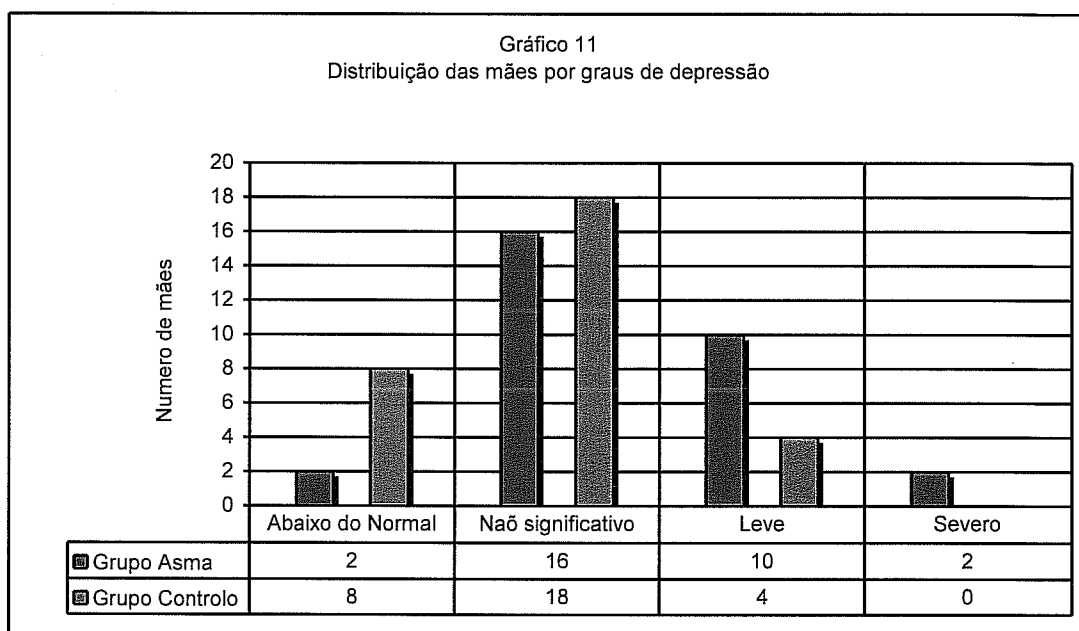
Em relação à Escala de Ansiedade de Zung (Gráfico 9), também podemos verificar uma aparente “superioridade” das médias associadas em relação ao grupo de asma face ao grupo de controlo.



Na análise das respostas do Inventário de Beck (Gráfico 10), parece haver uma certa “superioridade” das médias associadas no que se refere ao grupo de asma.



Em termos da distribuição dos graus de depressão parece haver um “predomínio” de valores nos graus “leve” e “severo” no grupo de asma face ao grupo de controlo (Gráfico 11).



1.2 Análise Estatística Face às Conjecturas da Característica da Amostra.

À luz das premissas (conjecturas) aventadas no ponto anterior, iremos em seguida aquilatar sobre a sua significância estatística.

Neste âmbito utilizou-se o teste Mann-Whitney U.

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Sexo da criança	105,000	570,000	-5,892	,000
Idade da mãe	447,500	912,500	-,037	,970
Estado civil da mãe	429,000	894,000	-,461	,645
Habilitações literárias da mãe (em anos de escolaridade)	275,500	740,500	-2,605	,009
Antecedentes de asma na mãe	330,000	795,000	-2,316	,021
Antecedentes de asma na família da mãe	390,000	855,000	-1,158	,247
Antecedentes de asma na família do pai	285,000	750,000	-3,252	,001
Gravidez desejada ou não?	420,000	885,000	-,853	,393
Angústia do 8º mês?	420,000	885,000	-,687	,492
Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras?	315,000	780,000	-2,306	,021

a. Grouping Variable: Grupo

Figura1a - Estatística do teste de Mann-Whitney U: Análise das questões gerais.

Ranks

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Sexo da criança	Grupo Asma	30	19,00	570,00
	Grupo Controlo	30	42,00	1260,00
	Total	60		
Idade da mãe	Grupo Asma	30	30,42	912,50
	Grupo Controlo	30	30,58	917,50
	Total	60		
Estado civil da mãe	Grupo Asma	30	29,80	894,00
	Grupo Controlo	30	31,20	936,00
	Total	60		
Habilitações literárias da mãe (em anos de escolaridade)	Grupo Asma	30	24,68	740,50
	Grupo Controlo	30	36,32	1089,50
	Total	60		
Antecedentes de asma na mãe	Grupo Asma	30	34,50	1035,00
	Grupo Controlo	30	26,50	795,00
	Total	60		
Antecedentes de asma na família da mãe	Grupo Asma	30	32,50	975,00
	Grupo Controlo	30	28,50	855,00
	Total	60		
Antecedentes de asma na família do pai	Grupo Asma	30	36,00	1080,00
	Grupo Controlo	30	25,00	750,00
	Total	60		
Gravidez desejada ou não?	Grupo Asma	30	31,50	945,00
	Grupo Controlo	30	29,50	885,00
	Total	60		
Angústia do 8º mês?	Grupo Asma	30	29,50	885,00
	Grupo Controlo	30	31,50	945,00
	Total	60		
Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras?	Grupo Asma	30	35,00	1050,00
	Grupo Controlo	30	26,00	780,00
	Total	60		

Figura1b - Mean Ranks do teste de Mann-Whitney U: Análise das questões gerais.

O nível de significância bilateral associado à estatística do teste Mann-whitney U (Fig.1a) permite rejeitar a hipótese nula (de igualdade das médias) em relação às seguintes questões: Sexo da criança; antecedentes de asma na mãe; antecedentes de asma na família do pai e na percepção que a mãe tem da sua criança ser mais apegada a si do que as outras crianças.

Assim, para um nível de confiança de 99%, podemos concluir, através da análise dos Mean Ranks (Fig.1b) nesta amostra, que há uma predominância do sexo masculino face ao sexo feminino no que se refere ao grupo da asma (o que corrobora a hipótese aventada aquando da apresentação do gráfico 2)

Em relação aos antecedentes de asma na mãe, para um nível de confiança de 95%, e na família do pai para um grau de confiança de 99%, os valores verificados através dos Mean Ranks (Figura 1b) apontam para uma significativa predominância do grupo de asma face ao grupo de controlo, (tal como conjecturado no gráfico 7).

No que se refere à questão sobre a percepção de que as mães têm do apego dos seus filhos a si (conforme Gráfico 6), podemos verificar que para um grau de confiança de 95%, e através da análise dos Mean Ranks (Figura 1b), que o nível médio do grupo de asma é significativamente superior ao grupo de controlo.

Face às questões sobre os antecedentes de asma na família da mãe (Gráfico 7), desejabilidade da gravidez e angústia do 8º mês (Gráfico 6), a diferença das médias que existem não são significativamente diferentes, tal como podemos observar através da análise dos Mean Ranks (Figura 1b).

1.3 Análise Estatística - Teste das Hipóteses

Para testar as hipóteses 1 e 2 (igualdade das médias) utilizou-se a técnica não paramétrica, teste Mann-whitney U, , enquanto que a análise das hipóteses 3 e 4, que postulam a existência de uma relação, aplicou-se o procedimento correlacional, que, em termos não paramétricos traduz-se pelo *rho* de Sperman e *tau-b* de Kendall.

1.3.1 Teste da Hipótese 1 (H1).

Para testar a H1 foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney U para duas amostras independentes.

Ranks

Grupo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala Zung Total	Grupo Asma	30	38,23	1147,00
	Grupo Controlo	30	22,77	683,00
Total		60		

Figura 2

Test Statistics^a

	Escala Zung Total
Mann-Whitney U	218,000
Wilcoxon W	683,000
Z	-3,442
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001

a. Grouping Variable: Grupo

Figura 2a Teste H1: Resultado do teste Mann-Whitney U

O nível de significância bilateral associado à estatística do Teste Mann-Whitney ($P=0,001$) permite rejeitar a hipótese nula (da igualdade das médias), para um nível de confiança de 99% (Figura 2).

Conclui-se, através da análise dos *mean ranks*, que o valor médio da ansiedade no grupo de asma é significativamente superior ao do grupo de controlo.

Numa análise intra-escala (isto é, item a item), esta superioridade estatisticamente significativa. do valor médio da ansiedade no grupo de asma face ao do grupo de controlo aparece associada às questões:

5(0,003); 7(0,000); 8(0,009); 9(0,028); 10(0,001); 12(0,005); 13(0,000); 18(0,004)e 19(0,012) (Figura 3a e 3b).

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Escala Ansiedade Zung - Q_01	437,000	902,000	-,212	,832
Escala Ansiedade Zung - Q_02	374,000	839,000	-1,334	,182
Escala Ansiedade Zung - Q_03	438,000	903,000	-,264	,792
Escala Ansiedade Zung - Q_04	376,000	841,000	-1,220	,222
Escala Ansiedade Zung - Q_05	260,000	725,000	-2,998	,003
Escala Ansiedade Zung - Q_06	384,000	849,000	-1,121	,262
Escala Ansiedade Zung - Q_07	229,000	694,000	-3,571	,000
Escala Ansiedade Zung - Q_08	289,000	754,000	-2,604	,009
Escala Ansiedade Zung - Q_09	309,000	774,000	-2,192	,028
Escala Ansiedade Zung - Q_10	246,000	711,000	-3,405	,001
Escala Ansiedade Zung - Q_11	366,000	831,000	-1,578	,115
Escala Ansiedade Zung - Q_12	314,000	779,000	-2,811	,005
Escala Ansiedade Zung - Q_13	204,000	669,000	-3,867	,000
Escala Ansiedade Zung - Q_14	389,000	854,000	-1,106	,269
Escala Ansiedade Zung - Q_15	329,000	794,000	-1,936	,053
Escala Ansiedade Zung - Q_16	394,000	859,000	-,888	,375
Escala Ansiedade Zung - Q_17	409,000	874,000	-,638	,523
Escala Ansiedade Zung - Q_18	273,000	738,000	-2,877	,004
Escala Ansiedade Zung - Q_19	300,000	765,000	-2,527	,012
Escala Ansiedade Zung - Q_20	401,000	866,000	-,805	,421

a. Grouping Variable: Grupo

Figura 3a Estatística do teste Mann-Whitney U: Análise intra-escala.

Ranks

Grupo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala Ansiedade Zung - Q_01	Grupo Asma	30	30,07	902,00
	Grupo Controlo	30	30,93	928,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_02	Grupo Asma	30	27,97	839,00
	Grupo Controlo	30	33,03	991,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_03	Grupo Asma	30	30,10	903,00
	Grupo Controlo	30	30,90	927,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_04	Grupo Asma	30	32,97	989,00
	Grupo Controlo	30	28,03	841,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_05	Grupo Asma	30	36,83	1105,00
	Grupo Controlo	30	24,17	725,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_06	Grupo Asma	30	32,70	981,00
	Grupo Controlo	30	28,30	849,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_07	Grupo Asma	30	37,87	1136,00
	Grupo Controlo	30	23,13	694,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_08	Grupo Asma	30	35,87	1076,00
	Grupo Controlo	30	25,13	754,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_09	Grupo Asma	30	35,20	1056,00
	Grupo Controlo	30	25,80	774,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_10	Grupo Asma	30	37,30	1119,00
	Grupo Controlo	30	23,70	711,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_11	Grupo Asma	30	33,30	999,00
	Grupo Controlo	30	27,70	831,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_12	Grupo Asma	30	35,03	1051,00
	Grupo Controlo	30	25,97	779,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_13	Grupo Asma	30	38,70	1161,00
	Grupo Controlo	30	22,30	669,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_14	Grupo Asma	30	32,53	976,00
	Grupo Controlo	30	28,47	854,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_15	Grupo Asma	30	34,53	1036,00
	Grupo Controlo	30	26,47	794,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_16	Grupo Asma	30	28,63	859,00
	Grupo Controlo	30	32,37	971,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_17	Grupo Asma	30	29,13	874,00
	Grupo Controlo	30	31,87	956,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_18	Grupo Asma	30	36,40	1092,00
	Grupo Controlo	30	24,60	738,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_19	Grupo Asma	30	35,50	1065,00
	Grupo Controlo	30	25,50	765,00
	Total	60		
Escala Ansiedade Zung - Q_20	Grupo Asma	30	32,13	964,00
	Grupo Controlo	30	28,87	866,00
	Total	60		

Figura 3b Resultados do teste Mann-Whitney U Análise intra-escala.

De forma esquemática estes itens correspondem às seguintes questões
(Tabela1):

Escala de Zung	
Questão 5	Sinto que tudo corre bem e nada de mal acontecerá.
Questão 7	Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam.
Questão 8	Sinto-me fraco e fico facilmente cansado.
Questão 9	Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado..
Questão 10	Sinto o meu coração a bater depressa demais.
Questão 12	Tenho crises de desmaio ou a sensação que vou desmaiar.
Questão 13	Posso inspirar e expirar com facilidade.
Questão 18	A minha face costuma ficar quente e corada.
Questão 19	Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite.

Tabela 1 Escala de Zung: " Análise de conteúdo das questões das respostas mais expressivas.

1.3.2 Teste da Hipótese 2 (H2).

Para testar a H2 foi utilizado o teste não paramétrico Mann-Whitney U (para duas amostras independentes).

	Grupo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala Beck Total	Grupo Asma	30	36,10	1083,00
	Grupo Controlo	30	24,90	747,00
	Total	60		

	Escala Beck Total
Mann-Whitney U	282,000
Wilcoxon W	747,000
Z	-2,494
Asymp. Sig. (2-tailed)	,013

a. Grouping Variable: Grupo

Figura 4a

Figura 4 Teste H2 resultados do teste de Mann-Whitney U

O nível de significância bilateral associada à estatística do Teste Mann-Whitney ($P = 0,013$) permite rejeitar a hipótese nula (da igualdade das médias), para um nível de confiança de 95%, concluindo-se, através da análise dos *mean ranks*, que o valor médio da depressão no grupo de asma é significativamente superior ao valor médio do grupo de controlo (Figura 4).

Se em termos globais verificamos a existência de valores médios significativamente diferentes para as duas amostras, pensamos também ser pertinente fazer uma análise destas diferenças por resposta, isto é, uma análise intra-teste de Beck (Figura 5a e Figura 5b).

Test Statistics^a

	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Asymp. Sig. (2-tailed)
Escala Depressão Beck - Q_A	398,000	863,000	-,866	,387
Escala Depressão Beck - Q_B	354,000	819,000	-1,569	,117
Escala Depressão Beck - Q_C	312,000	777,000	-2,302	,021
Escala Depressão Beck - Q_D	392,000	857,000	-,976	,329
Escala Depressão Beck - Q_E	380,000	845,000	-1,485	,138
Escala Depressão Beck - Q_F	450,000	915,000	,000	1,000
Escala Depressão Beck - Q_G	424,000	889,000	-,593	,553
Escala Depressão Beck - Q_H	335,000	800,000	-1,948	,051
Escala Depressão Beck - Q_I	422,000	887,000	-,796	,426
Escala Depressão Beck - Q_J	386,500	851,500	-1,179	,239
Escala Depressão Beck - Q_K	414,000	879,000	-,578	,563
Escala Depressão Beck - Q_L	360,000	825,000	-1,676	,094
Escala Depressão Beck - Q_M	342,000	807,000	-1,983	,047
Escala Depressão Beck - Q_N	347,000	812,000	-2,123	,034
Escala Depressão Beck - Q_O	382,000	847,000	-1,222	,222
Escala Depressão Beck - Q_P	350,000	815,000	-1,699	,089
Escala Depressão Beck - Q_Q	286,000	751,000	-2,828	,005
Escala Depressão Beck - Q_R	298,000	763,000	-2,755	,006
Escala Depressão Beck - Q_S	446,000	911,000	-,100	,920
Escala Depressão Beck - Q_T	389,000	854,000	-1,106	,269
Escala Depressão Beck - Q_U	450,000	915,000	,000	1,000

a. Grouping Variable: Grupo

Figura.5a Resultados do teste Mann-Whitney U análise intra-escala.

Ranks

Grupo		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Escala Depressão Beck - Q_A	Grupo Asma	30	32,23	967,00
	Grupo Controlo	30	28,77	863,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_B	Grupo Asma	30	33,70	1011,00
	Grupo Controlo	30	27,30	819,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_C	Grupo Asma	30	35,10	1053,00
	Grupo Controlo	30	25,90	777,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_D	Grupo Asma	30	32,43	973,00
	Grupo Controlo	30	28,57	857,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_E	Grupo Asma	30	32,83	985,00
	Grupo Controlo	30	28,17	845,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_F	Grupo Asma	30	30,50	915,00
	Grupo Controlo	30	30,50	915,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_G	Grupo Asma	30	29,63	889,00
	Grupo Controlo	30	31,37	941,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_H	Grupo Asma	30	34,33	1030,00
	Grupo Controlo	30	26,67	800,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_I	Grupo Asma	30	31,43	943,00
	Grupo Controlo	30	29,57	887,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_J	Grupo Asma	30	32,62	978,50
	Grupo Controlo	30	28,38	851,50
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_K	Grupo Asma	30	31,70	951,00
	Grupo Controlo	30	29,30	879,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_L	Grupo Asma	30	33,50	1005,00
	Grupo Controlo	30	27,50	825,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_M	Grupo Asma	30	34,10	1023,00
	Grupo Controlo	30	26,90	807,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_N	Grupo Asma	30	27,07	812,00
	Grupo Controlo	30	33,93	1018,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_O	Grupo Asma	30	32,77	983,00
	Grupo Controlo	30	28,23	847,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_P	Grupo Asma	30	33,83	1015,00
	Grupo Controlo	30	27,17	815,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_Q	Grupo Asma	30	35,97	1079,00
	Grupo Controlo	30	25,03	751,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_R	Grupo Asma	30	35,57	1067,00
	Grupo Controlo	30	25,43	763,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_S	Grupo Asma	30	30,37	911,00
	Grupo Controlo	30	30,63	919,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_T	Grupo Asma	30	32,53	976,00
	Grupo Controlo	30	28,47	854,00
	Total	60		
Escala Depressão Beck - Q_U	Grupo Asma	30	30,50	915,00
	Grupo Controlo	30	30,50	915,00
	Total	60		

Figura.5b Resultados do teste Mann-Whitney U análise intra-escala

Neste âmbito, mostram-se significativamente diferentes as respostas das questões:

C (P = 0,021); M (P = 0,047); N (P = 0,034); Q (P = 0,005) e R (P = 0,006), podendo-se concluir através da análise dos *mean ranks*(Fig.5b) que o valor médio da depressão no grupo de asma é significativamente superior ao do grupo de controlo para todas estas questões à excepção da questão N, que apresenta o valor inverso.

Inventário de Beck	
Questão C	Não tenho a sensação de ter fracassado.
Questão M	Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
Questão N	Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.
Questão Q	Não me sinto mais cansado do que é habitual.
Questão R	O meu apetite é o mesmo de sempre.

Tabela 2 Inventário de Beck: "Análise de conteúdo" das questões das respostas mais expressivas.

Grupo * Escala Depressão Beck - Q_N Crosstabulation

Count		Escala Depressão Beck - Q_N			Total
		0	1	2	
Grupo	Grupo Asma	27	2	1	30
	Grupo de Controlo	20	8	2	30
Total		47	10	3	60

Figura 6 Frequências de resposta na questão N do Inventário de Depressão de Beck: análise comparativa dos grupos 'Asma' e 'Controlo'.

1.3.3 Teste da Hipótese 3 (H3).

Para testar a H3 foram utilizados os testes de correlação não paramétricos *rho* de Spearman e *tau-b* de Kendall.

Como se observa na análise da figura 7, e que, de resto já era explicável face ao nível de significância ($P = 0,492$) associado à estatística do teste Mann-Whitney U (Figura 1 a) a angústia do 8º mês não está relacionada (correlacionada) com o grupo (nenhum dos grupos).

Correlations

			Grupo	Angústia do 8º mês?
Kendall's tau_b	Grupo	Correlation Coefficient	1,000	,089
		Sig. (2-tailed)	,	,492
		N	60	60
	Angústia do 8º mês?	Correlation Coefficient	,089	1,000
		Sig. (2-tailed)	,492	,
		N	60	60
Spearman's rho	Grupo	Correlation Coefficient	1,000	,089
		Sig. (2-tailed)	,	,497
		N	60	60
	Angústia do 8º mês?	Correlation Coefficient	,089	1,000
		Sig. (2-tailed)	,497	,
		N	60	60

Figura 7 Teste H3: correlação não paramétrica *Tau_b* de Kendall e rho de Spearman

1.3.4 Teste da Hipótese 4 (H4).

Para testar a H4 foram também utilizados os testes de correlação não-paramétrico *rho* do Spearman e *tau-b* de Kendall

Como se observa da análise da Figura 8, e que, de resto já era explicável ao nível de significância ($P = 0,021$) associado à estatística do teste de Mann-Whitney U a percepção da mãe de que a sua criança está mais apegada a ela do que as outras crianças está relacionada (correlacionada) com o grupo, isto é, no grupo asma há uma percepção de maior apego à figura materna.

Correlations

			Grupo	Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras?
Kendall's tau_b	Grupo (Gr.'Asma'=1; Gr. Controlo=2)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 , 60	-,300* ,021 60
	Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras? (Não=0; Sim=1)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,300* ,021 60	1,000 , 60
Spearman's rho	Grupo (Gr.'Asma'=1; Gr. Controlo=2)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 , 60	-,300* ,020 60
	Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras? (Não=0; Sim=1)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,300* ,020 60	1,000 , 60

*. Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Figura 8 Teste H4: correlação não paramétrica *Tau_b* de Kendall e rho de Spearman

1.4 Classificação dos Graus de Depressão e Ansiedade

1.4.1 Classificação dos graus de depressão

Em relação ao agrupamento sintomatológico das componentes depressivas, face à nossa amostra, observa-se uma ausência de estado depressivo em 86,7% dos casos no grupo de controlo, enquanto que no grupo de mães de crianças asmáticas esse valor é de 60%.

No grupo de controlo 13,3% apresentam uma leve depressão, enquanto que no grupo asma este valor sobe para 33,3% .

A existência de um grau de depressão severa verifica-se, apenas, no grupo de mães de asmáticos (6,7%).

Grupo * Escala de Depressão de Beck - Classificação Crosstabulation

Count

		Grupo		Total
		Grupo Asma	Grupo Controlo	
Escala de Depressão de Beck - Classificação	Abaixo do normal (0 - 4)	2	8	10
	Não significativo (5-12)	16	18	34
	Leve (13-20)	10	4	14
	Severo (26 - 36)	2		2
Total		30	30	60

Figura 9

1.4.2 Classificação dos graus de ansiedade.

Com base no critério 40%, estabelecido teórico e conceptualmente como o valor médio deste teste, procedeu-se ao cálculo e com base neste valor correspondente ao percentil 40, que como indicado na figura 10, está equiparado a 36 (isto é, um total de 36 respostas na Escala de Zung).

Seguidamente, e mediante o procedimento crosstabs, obtiveram-se as percentagens de respostas > 36 pontos e < ou igual a 36 para cada um dos grupos (Figura 11).

Statistics

Escala Ansiedade Zung - Total

N	Valid	60
	Missing	0
Percentiles	40	36,00

Figura 10

Grupo * Zung classificação 40% Crosstabulation

Count

		Escala Ansiedade de Zung - Total, segundo classificação 40% (que, mediante percentis, equivale a 36 pontos)		Total
		>36	<=36	
Grupo	Grupo Asma	21	9	30
	Grupo Controlo	12	18	30
Total		33	27	60

Figura 11

Assim, no grupo de asma 70% das inquiridas apresentam valores de ansiedade acima da média, correspondendo a 21 mães (Figura 9), enquanto que no grupo de controlo esse valor decresce para 40% correspondendo a 9 mães.

CAP IV CONCLUSÕES

Este trabalho de investigação, bem como o modo como os dados foram trabalhados pretendeu ser uma resposta para os objectivos que nos propusemos investigar, ou seja, este estudo pretendeu verificar se havia um maior índice de ansiedade e de depressão em mães de crianças asmáticas do que em relação às outras mães e se isso se vai repercutir nessas crianças de modo a que elas apresentem uma maior dificuldade ao nível da separação com a figura materna, dificultando o seu desenvolvimento psicológico e podendo surgir uma componente somática, nomeadamente a asma.

O nosso trabalho recaiu, assim, num estudo exploratório de 30 mães de crianças com o diagnóstico de asma moderada, estabelecido clinicamente, o qual denominamos como grupo de asma e de 30 mães de crianças que não apresentam, nem nunca apresentaram, esta doença, o grupo de controlo.

Foram efectuados a estas mães um Inventário de Depressão, uma Escala de Ansiedade e ainda um Inquérito por nós concebido.

Este último constava de algumas questões relativamente aos dados pessoais da mãe, antecedentes de asma na respectiva família e questões referentes a uma fase do desenvolvimento do seu filho/a que pensamos ser pertinentes para a compreensão da relação precoce na díade mãe/filho, concretamente em relação à angústia do oitavo mês e separação/individuação face à mãe.

Situamo-nos no segundo organizador do aparelho mental, descrito por Spitz, como sendo uma fase que ocorrendo entre o sexto e o oitavo mês de vida é indicadora de que a criança conseguiu estabelecer uma relação de objecto de amor específica com a mãe e que atingiu o estágio objectal.

Segundo ainda este autor, se a criança não consegue fazer uma boa distinção entre a representação mental da mãe e a do estranho, esta não terá um desenvolvimento psicológico sadio e mais tarde poderá ter manifestações psicossomáticas, nomeadamente a asma.

Baseados ainda nas teorias do funcionamento psicossomático que preconizam a existência de uma falha precoce na díade mãe/filho até ao sexto mês de vida, altura em que ainda não há memória de reconhecimento no bebé, verificamos que esta criança, sem “rosto”, para a mãe tem também, segundo algumas perspectivas teóricas, dificuldade em distinguir e reconhecer o rosto dos familiares, face aos estranhos, pelo que não apresentam angústia do estranho na altura em que do ponto de vista psicológico seria ajustado e que isso mais tarde iria ter repercussões ao nível da separação com a figura materna, situação esta descrita por alguns teóricos face às características da criança asmática.

Desta forma pensamos ser importante alargar o nosso estudo e verificar a correspondência, ou não, desta falha precoce na criança com esta patologia e investigar o tipo de ligação à mãe face à sua autonomia.

Assim, numa primeira fase da nossa investigação, demos uma visão exploratória, isto é, apenas ancorada na análise dos gráficos no que se refere à intensidade de ansiedade e de depressão nas mães destes dois grupos.

Verificamos haver uma maior expressão das médias associadas relativamente à depressão e à ansiedade no grupo de mães de filhos asmáticos.

Posteriormente foi-se analisar, em termos estatísticos, a diferença existente entre esses dois grupos e verificou-se que, tanto a ansiedade, como a depressão nas mães de filhos asmáticos, apresentavam valores estatísticos significativamente superiores às do grupo de controlo, o que vem confirmar as nossas hipóteses .iniciais.

Analisamos ainda essas diferenças em relação às respostas do Inventário de Depressão e Escala de Ansiedade.

Assim, na Escala de ansiedade, podemos verificar que existe um predomínio de algumas respostas face a outras e que estas se apresentam como sendo estatisticamente diferentes entre os dois grupos.

Verificamos que as respostas com valores mais elevados também têm relação com a sintomatologia física na mãe. Podemos sublinhar: a dor de cabeça, a taquicardia, a sensação de desmaio, a astenia física, a agitação motora e a dificuldade em respirar ou em adormecer.

Podemos pensar, assim, que os resultados encontrados vão de encontro à teoria, a qual refere que a parte psicológica, quando não se consegue elaborar mentalmente pode repercutir-se numa expressão física

No Inventário de Depressão, também fizemos a mesma análise intra-teste no grupo de mães com filhos asmáticos e verificámos através da análise de conteúdo que as respostas cujas diferenças eram mais expressivas e, estatisticamente significativas, recaíam nas questões que têm a ver com o cansaço (astenia, tal como na Escala de Ansiedade), sentimento de fracasso, perda de apetite e dificuldade de tomada de decisão.

Curiosamente, verificou-se que a questão que tem a ver com o sentimento de hoje em dia “ter pior aspecto físico do que anteriormente”, é o grupo de controlo que dá um valor que é considerado como significativamente inferior ao do grupo de mães de crianças com asma.

Esta questão pode-nos levantar algumas hipóteses, como o facto das habilitações escolares poderem ter influência neste aspecto (o grupo de controlo apresenta uma superioridade estatística face ao grupo de asma em termos de anos de escolaridade) pois são pessoas mais diferenciadas culturalmente e por conseguinte dão mais importância aos cuidados físicos. Outra hipótese prende-se com o facto destas mulheres não estarem tão atentas ao seu aspecto físico por estarem mais deprimidas e isso ser secundário face às outras necessidades básicas que podem ter um papel relevante.

Uma vez verificado o predomínio de uma maior incidência de valores quantitativos de ordem emocional, nas mães do grupo de asma face às mães do grupo de controlo, pensamos importante confirmar estatisticamente se estes factores influenciam o estilo comunicacional da relação mãe/filho de forma a reflectir-se no desenvolvimento psico/emocional e conseqüente físico dos seus filhos, nomeadamente no que se refere às questões face à angústia do oitavo mês e à dificuldade de separação destes face à figura materna.

Assim, através de testes de correlação, pudemos confirmar uma correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e depressão maternas face à dificuldade de separação/individuação dos seus filhos

Numa possível e dinamicamente compreensível análise dos resultados podemos inferir que, os filhos de mães com maior índice de ansiedade e depressão têm maior dificuldade em ter uma representação interna da figura materna, pelo que não se conseguem facilmente despegar dela e assim mantêm uma ligação patológica que irá futuramente fomentar relações de dependência.

O predomínio em termos gráficos, mas não estatisticamente significativo, de uma maior percentagem de crianças do grupo de controlo que apresentam angústia do 8º mês face ao grupo de asma vem de certa forma neste sentido, e corroborando o ponto de vista de Spitz vai-nos confirmar a necessidade de

uma relação privilegiada no primeiro ano de vida para um harmónico desenvolvimento emocional.

Contudo, o facto desta diferença não ser muito significativa entre os dois grupos, como se poderia eventualmente esperar, poderemos questionar-nos do porquê desta situação.

Podemos assim levantar a hipótese de que, um inquérito efectuado exclusivamente às mães, sem que haja outra fonte de informação, os resultados sejam influenciados pela percepção destas e que tenham pouco a ver com uma realidade mais objectiva, alterando assim os resultados.

Por último, e ao finalizar este estudo com base na discussão dos resultados, poder-se-à inferir, embora com todas as precauções inerentes a um trabalho de carácter exploratório e pela reduzida amostra, que existe diferença estatisticamente significativa entre estes dois grupos no que se refere à ansiedade e à depressão maternas, com um predomínio destes indicadores no grupo de mães com filhos asmáticos e que esse factor parece coexistir na actualidade da criança com asma, influenciando o seu desenvolvimento psicológico.

Podemos desta forma concluir que, o aspecto emocional e físico se deverão desenvolver em perfeita harmonia dentro de nós, e que, é através da construção de imagens predominantemente boas, cimentadas por genuínas e autênticas ligações afectivas que conseguimos uma verdadeira independência

e liberdade traduzidas num “respirar livremente”, e que conduz a relações baseadas na criatividade e na progressão.

Mãe, deixaste-me respirar?

1 LIMITES DO ESTUDO

Nesta nossa investigação verificamos que existiram algumas limitações, as quais iremos em seguida abordar:

Pensamos que o facto da amostra ser reduzida torna os resultados representativos só para a amostra em estudo, não permitindo extrapolações para a população em geral.

A técnica de mediação utilizada na avaliação por vezes dava resultados diferentes àqueles que as mães queriam de facto responder, assim, relativamente à Escala de Ansiedade de Zung, podemos observar que o facto de algumas questões serem efectuadas na negativa implicou também por vezes respostas contrárias ao que as pessoas pretendiam.

O factor, “antecedentes de asma no pai”, não foi abordado, o que teria interesse, uma vez que verificamos que tanto na mãe, tal como na família do pai, havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos com um predomínio no grupo de asma.

O nível sócio-económico não foi controlado, e em relação às questões sobre as habilitações literárias verificamos que havia uma predominância de anos de

escolaridade no grupo de controlo e que essa diferença era também estatisticamente significativa.

O conhecimento de quem cuidou destas crianças no primeiro ano de vida, ou se elas frequentaram creche, também poderá ser importante, porque essas vivências numa fase tão precoce podem ter tido repercussões no futuro desenvolvimento emocional do bebé e desta forma ter influenciado os resultados do estudo.

E ainda a existência de outras variáveis não controladas, como sejam: A raça; sexo; hora de realização do teste; exposição ao ruído ou ainda outros factores de carácter emocional, uma vez que este estudo se reporta a factores meramente humanos com as suas particularidades e vicissitudes.

2 ESTUDOS FUTUROS

Pensamos ser relevante a realização de futuros estudos, a partir desta investigação, pelo facto de ao longo deste nos ter surgido bastantes dúvidas e muita curiosidade no que se refere a situações que, se à partida não foram levantadas, à medida que o trabalho ia tomando forma, elas necessariamente foram surgindo.

Assim, apesar da aleatoriedade subjacente à criação destes grupos/amostra, verificamos a existência de uma predominância estatisticamente significativa do grupo do sexo masculino, no grupo de asma, face ao do sexo feminino, o qual predomina no grupo de controlo. Pensamos, desta forma, que seria importante retomar este aspecto e averiguar a causa desta diferença.

Será que o rapaz está mais dependente dos factores emocionais maternos reagindo psicossomaticamente?

Ou o factor hereditário neles é mais sensível por uma questão genética?

Outro aspecto a salientar nesta pesquisa e que posteriormente se poderia compreender melhor através doutro trabalho, é a facto da angústia do oitavo mês não ter sido significativa em termos estatísticos para o grupo de controlo, o que normalmente seria esperado.

Será que este grupo de controlo poderá também apresentar outro tipo de patologia que não seja a asma?

Ou será porque foi o facto de ser a percepção das mães para este fenómeno que veio alterar a “realidade” dessa pergunta?

Seria interessante também investigar qual o lugar da frateria que ocupa a criança com asma e verificar se essa posição é relevante no desenvolvimento da asma.

Outro futuro trabalho seria o de efectuar um estudo idêntico e este, mas com um grupo de mães de outra etnia, e desta forma comparar-se o nível médio de ansiedade e de depressão nestas mulheres.

Uma vez que verificamos neste nosso trabalho um valor estatisticamente significativo para o factor da hereditariedade, pensamos que seria importante posteriormente poder-se retomar o mesmo estudo mas de forma a que estas componentes estivessem excluídos, de modo a deixar-se mais a claro os factores de ordem emocional.

Para finalizar, e tentarmos compreender melhor a percentagem da componente hereditária nesta doença, desenvolver um estudo comparativo exclusivo a gémeos homozigóticos.

Assim, a relevância de estudos futuros como os propostos, tornam importante um maior conhecimento quantitativo e qualitativo das diferenças entre a relação emocional existente nas mães e a repercussão que irá ter nos seus filhos, no que se refere ao desenvolvimento de certas doenças psicossomáticas, nomeadamente a asma.

BIBLIOGRAFIA

Abraham, K. (1911). Notas sobre as Investigações e o Tratamento Psicanalítico da Psicose Maníaco-Depressiva e Estados Afins, Teoria Psicanalítica da Libido, Rio de Janeiro: Imago, 1970.

Abraham, K. (1916). O Primeiro Estágio Pré-Genital da Libido, Teoria Psicanalítica da Libido. Rio de Janeiro: Imago, 1970.

Ajuriaguerra, J. (1970). Manual de Psiquiatria da Criança, (2ª ed.). Barcelona: Toray Masson, 1975.

Ajuriaguerra, J., & Marcelli, D. (1984). Psychopathologie de L'Enfant, Paris: Masson.

Alexander, F. (1950). Psychosomatique Medicine. New York: W.W. Norton & Co.

Amaral Dias, C. (1988). Para Uma Psicanálise da Relação. Porto: Afrontamento.

Amaral Dias C.(1991) Ali-Bábá nos Túmulos de Ur: Ensaio Psicanalítico sobre a Somatopsicose: Lisboa: Fenda.

Amaral Dias C. (2000). Freud Para Além De Freud. Lisboa: Fim De Século.

Beck, A., Ward C., Mendelson M., Mock, J.,& Erbaugh, J. (1961). An Inventory of Measuring Depression. Archives General Psychiatry, 4, 561-571.

Beck, A. T., Steer, R.A.,& Garbin, M.G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventori: Twenty-five Years of Evolucion. C'línical Psychology Review, 8, 77-100.

Bergeret, J. (1976). Rapport au XXXVI Congrès des Psycanalystes de Langues Romanes. Revue Française Psychanalyse, XL; 5-6.

Bion, W.R. (1962). Conferências Brasileiras. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

Bion, W. (1962) Uma teoria sobre o Processo de Pensar, Estudos Psicanalíticos Revisados. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

Bion, W.(1963). Elementos em Psicanálise. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

Bion, W. (1992). Conversando com Bion. Rio de Janeiro: Imago.

Block, J., *et al.* (1966). Clinicians Conceptions of the Asthmatic Mother. *Archives General Psychiatry*, 15,610-618.

Bowlby, J. (1958). *L'Attachement*. Paris: PUF. 1978.

Bowlby, J. (1962). L'Angoisse de la Separation. *Psyquiatrie de L'Enfant*, 1.

Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão: Episódios de um Percurso em Busca do seu Sentido*. Lisboa: Climepsi.

Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença: A Psicossomática Revisitada*. Lisboa: Climepsi.

De M'Uzan, M. (1974). Psychodynamic Mechanisms in Psychosomatic Symptom Formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 140-147.

Déjours, C. (1988). *O Corpo entre a Biologia e a Psicanálise: Artes Médicas*: Porto Alegre.

Dolto, F. (1961). Personnologie et Image du Corps. *La Psychanalyse*, VI, 59-92.

Dumbar, F. (1938). *Emotions and Bodily Changes*, (2^a ed.). *A Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationship (1910-1933)*. Columbia Univ. Press, New York.

Dumbar, H.F. (1943). *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Hoeber.

Fain, M. (1971). *Prélude à la vie Fantasmatic*. *Revue Française de Psychanalyse*, 35, 291-368.

Freud, S.(1895). *Sobre os Critérios para Destacar de Neurastenia um Síndrome Particular Intitulado "Neurose de Angústia"*. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol.III. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1905). *Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade*. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol. VIII. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1914). *Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1917). *Luto e Melancolia*. Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Freud, S. (1923). *O Ego e o Id*. Edição Standart das Obras Psicológicas Completas de S. Freud: Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

Haynal, A., & Pasini, W. (1978). *Médecine Psychosomatique. Abrégé de Médecine Psychosomatique*. Paris: Mason.

Kashani, J. H., Sherman, D.D., Parker, D.R., & Reid, J.C. (1990). Utility of the Beck Depression Inventory with Clinic- Referred Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29,278-282.

Klein, M. (1921). *O Desenvolvimento de uma Criança*. In *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

Klein, M. (1923). *A Análise Infantil*. *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

Klein, M. (1930). *A Importância da Formação de Símbolos no Desenvolvimento do Ego*. In *Contribuições à Psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

Klein, M.,& Riviere,J. (1970). *Amor,Ódio e Reparação*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Kreisler, L., Fain, M.,& Soulé M. (1974). *L'Enfant el son Corps*. Paris: PUF.

Kreisler, L. (1974). *Remarques Cliniques et Hypothèses sur L'Asthme Precoce*. *La Revue de Pédiatrie*, 10, 201-202.

Kreisler, L. (1984). L'Expression Corporelle dans la Psychopathologie de l'Enfant: Proposition de Base. *L'Information Psychiatrique*, 60, 857-868.

Luban-Plozza, B. Poldinger, W., (1979). *Terapêutica dos Doentes Psicossomáticos*. Lisboa: Roche.

Mahler, M., *et al.* (1958). *O Nascimento Psicológico da Criança- Simbiose e Individuação*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Marty, P.(1958) La relation Objectale Allergique. *Revue Française de Psychanalyse*, 12, 5-29.

Marty, P., De M'Uzan M.,& David, C. (1963). *L'Investigation Psychosomatique*. Paris: PUF.

McDougall, J. (1982). *De la Douleur Psychique et du Psychoma. Plaidoyer pour une Certaine Anomalité*. Paris: Gallimard.

McDougall, J. (1982). Alexythimia: A Psychoanalytic View of the International Psychotherapy and Psychosomatics, 38, 81-90.

Milheiro, J. (2001). *Sexualidade e Psicossomática*. Coimbra: Almedina.

Pires, A. (2001), Pais de Crianças com Asma Alérgica. Lisboa

Reynolds, W.M., & Gould, J. (1981). A Psychometric Investigation of the Standart and Short form Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 306-307.

Ritcher P., Wener, J. Bastine, R., Heerlein, A., Rick, H., & Sauer, H. (1997). Measuring Treatment Outcome by the Beck Depression Inventory. *Clinical Psychology Review*, 30, 234-240.

Rosado Pinto, J. (1999), O jovem Asmático. Novartis Farma.

Sami-Ali, M. (1987), Penser le Somatique: Imaginaire et Pathologie. Paris: Bordas.

Sami-Ali, M. (1993), Imaginaire et Pathologie. Une Theorie de la Psychosomatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 54,761-67.

Sami-Ali, M. (1993), Corpo Real, Corpo Imaginário. Porto Alegre Artes Médicas.

Santos, J. Vida, Pensamento e Obra. (2000). Lisboa: Livros Horizonte.

Sifneos, P.E. (1975). Problems of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Disease. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 65-70.

Silva, C.F. (1990) *Doentes Asmáticos*. Coimbra: Prova de Aptidão Pedagógica, Faculdade de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

Sperling, M. (1969). Psychoterapeutic Aspect des Kindlichen Bronchial Asthmas. *Handbuch der Kinderpsychotherapy*, T 2. Basileia: Ernest Reinhardt.

Sperling, M. (1978). *Psychosomatic Disorders in Childhood*. New York: Jason Aronson.

Spitz, R. (1945). Hospitalism: An Inquiry into The Génesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1.

Spitz, R. (1965). *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

Spitz, R. (1968). *De la Naissance à la Parole, le Première Année de la Vie de L'Enfant*. Paris: PUF

Vaz-Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiátrica Clínica.

Vicente, L. (1999). A Depressão na Criança. Dissertação de Candidatura ao Grau de Doutor em Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

White Horn, J.C., Archives Nerous and Mental Disease. (Vol. XIX).

Widlcher, D. (2001). As Lógicas da Depressão. Lisboa: Climepsi.

Winnicott, D.W. (1960). La Théorie de la Relation Parent-Nourrisson, De la Pédiatrie à la Psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot, 1969.

Winnicott, D.W. (1971). La consultation Thérapeutique et L'Enfant. Paris: Gallimard, 1979.

Zung, W. K. (1965). A self- Rating Depression Scale. Archives of General Psychiatry, 12, 63-70.

ANEXOS

Referência sujeito	Dados da criança		Dados da Mãe		Antecedentes pessoais de alergia			Outros dados		Questionário 1																				Questionário 2																														
	Idade da criança	Sexo	Idade da mãe	Estado civil	Habilidades Literárias	Na mãe	Na família da mãe	Na família do pai	Gravidez desejada	Por volta dos 8 meses o seu...	Acha que a criança...	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			
1	5	M	37	C	9	N	N	N	S	S	N	1	2	3	1	2	0	1	1	0	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	2	20	3	1	2	3	3	1	2	3	3	1	2	3	4	2	1	1	3	1	1	4	2	4	1	4	2	4	1	43
2	6	M	36	C	9	S	S	S	N	N	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	9	1	1	1	1	4	1	1	4	1	3	2	4	2	2	4	4	3	3	2	3	4	3	2	3	4	50		
3	4	M	28	C	9	N	S	S	N	N	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	10	2	1	1	1	4	2	2	1	3	2	1	3	2	1	1	2	1	1	3	4	1	2	1	2	1	36		
4	7	M	38	C	4	S	S	S	N	S	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	10	2	1	1	2	4	2	4	2	3	4	2	3	4	2	3	2	4	1	3	1	3	3	50				
5	7	M	34	C	4	N	S	S	S	N	2	2	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	13	4	1	1	2	4	2	3	2	3	4	2	2	1	2	3	4	1	4	1	4	4	3	52						
6	7	M	38	C	4	S	N	S	N	S	2	2	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	13	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	4	1	2	1	2	2	3	1	3	2	3	32				
7	7	F	42	C	4	S	N	S	N	S	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	8	2	2	1	1	3	1	2	3	1	2	3	1	1	3	1	1	1	3	2	3	2	3	2	36					
8	3	M	27	C	6	S	N	S	N	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	3	1	2	1	2	1	2	2	3	1	36							
9	7	F	34	C	9	N	N	S	N	N	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	0	5	2	2	1	2	3	2	3	3	2	1	2	1	2	1	2	1	2	3	4	2	3	4	2	43					
10	4	M	34	C	17	S	S	S	N	S	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26					
11	3	M	27	C	6	S	N	S	N	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	36					
12	6	M	29	U	1	N	S	N	S	N	2	1	1	1	0	1	3	0	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	28	2	3	2	3	4	2	3	4	2	2	1	3	3	2	2	1	3	2	2	1	2	3	1	46					
13	7	F	42	C	4	S	N	S	N	S	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	2	1	1	3	1	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2	36				
14	7	M	38	C	4	S	N	S	N	S	2	2	0	0	3	0	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	13	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1	2	1	4	1	2	1	2	2	3	1	32					
15	5	M	31	C	9	S	S	S	N	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1	1	1	2	2	1	2	2	1	3	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	4	2	4	2	38					
16	3	M	42	C	12	N	S	S	N	S	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	8	2	1	1	2	4	1	2	4	1	4	1	2	1	4	1	1	1	4	1	1	4	2	1	38					
17	5	M	29	C	7	N	N	S	N	S	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	1	1	4	1	2	1	4	1	2	1	4	1	2	4	1	2	4	1	4	1	4	1	40						
18	6	M	39	C	6	N	N	S	N	S	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	1	4	1	3	1	34						
19	7	M	30	S	8	N	N	S	N	N	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	13	2	1	1	3	2	3	4	2	3	4	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	4	2	4	1	41					
20	6	M	29	U	1	N	S	N	S	N	2	1	1	1	0	1	3	0	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	3	1	28	2	3	2	3	4	2	3	4	2	2	1	3	3	2	1	3	3	2	2	1	3	2	1	46					
21	5	M	37	C	9	N	N	S	N	S	1	2	3	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3	1	2	3	3	1	2	3	4	2	3	4	2	1	3	1	1	4	2	4	3	2	3	4	1	43				
22	6	M	36	C	9	S	S	S	N	N	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	1	1	1	1	4	1	3	2	4	2	2	4	3	4	1	4	2	4	3	2	3	4	3	50						
23	8	M	34	D	9	N	N	S	N	S	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	19	3	2	3	3	1	3	2	3	4	2	3	3	2	4	3	4	1	4	2	4	3	4	1	2	52					
24	7	M	30	F	8	N	N	S	N	N	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12	2	1	1	3	2	3	4	2	3	4	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	4	2	41					
25	4	M	28	C	9	N	N	S	N	N	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	2	1	1	4	2	2	1	3	2	1	4	2	2	1	2	1	3	1	4	3	1	4	3	1	37					
26	6	M	38	C	4	S	S	N	S	N	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	2	1	1	2	4	2	4	2	3	4	2	3	4	2	3	4	1	4	1	4	1	3	51							
27	5	M	30	C	4	N	S	S	N	S	0	0	1	1	2	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	4	1	1	2	4	2	3	2	3	4	2	2	1	2	3	4	1	4	4	3	4	1	4	3	52					
28	2	M	28	C	8	N	S	N	S	N	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	17	3	2	1	2	4	2	3	2	4	2	1	3	1	2	4	1	3	2	4	1	4	2	46							
29	5	M	29	C	7	N	N	S	N	S	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	1	1	4	1	2	1	4	1	2	1	4	1	2	4	1	2	4	1	4	1	4	1	40						
30	3	M	28	C	8	N	S	N	S	N	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	17	3	2	1	2	4	2	3	2	4	2	1	3	1	2	4	1	3	1	2	4	1	4	2	46						

QUESTIONÁRIO

Estes questionários destinam-se a um trabalho de investigação de factores de ordem psicológica, depressão e ansiedade, em mães de crianças com asma. É efectuado para a elaboração de uma tese de mestrado para apresentar ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Vai ser usado em estrita confidencialidade.

Por favor solicitamos a sua colaboração e pedimos que responda com a maior sinceridade às perguntas efectuadas.

Critérios de Inclusão:

- Crianças com asma
- Idade até aos 10 anos (inclusive)
- Testes positivos > 2 +

A preencher exclusivamente pela mãe da criança

DADOS DA CRIANÇA

Idade..... _____

Sexo..... Masculino

Feminino

DADOS DA MÃE

Idade..... _____

Estado civil..... _____

Habilitações literárias..... _____

Profissão da mãe _____

Profissão do pai..... _____

ANTECEDENTES PESSOAIS DE ALERGIA

Antecedentes pessoais de asma na mãe..... Sim

Não

Família da mãe..... Sim

Não

Família do pai Sim

Não

OUTROS DADOS

Numero da fratria da criança..... _____

Gravidez desejada..... Sim

Não

Por volta dos 8 meses o seu filho era tímido, chorava, gritava, tinha vergonha ou ficava ansioso quando via pessoas desconhecidas..... Sim

Não

Acha que a sua criança é mais apegada a si do que as outras Sim

Não

S.A.S.ZUNG

Leia com atenção todas as frases seguidamente expostas. Assinale com uma cruz (x), no quadro respectivo, aquilo que constitua a descrição mais aproximada da maneira como se sente.

	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou a totalidade do tempo
1. Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume				
2. Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso				
3. Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico				
4. Sinto-me como se estivesse para rebentar				
5. Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá				
6. Sinto os braços e as pernas a tremer				
7. Tenho dores de cabeça, do pescoço e das costas que me incomodam				
8. Sinto-me fraco e fico facilmente cansado				
9. Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado				
10. Sinto o meu coração a bater depressa demais				
11. Tenho crises de tonturas que me incomodam				
12. Tenho crises de desmaio ou a sensação que vou desmaiar				
13. Posso inspirar e expirar com facilidade				

14. Sinto os dedos das minhas mãos e dos meus pés entorpecidos e com picadas				
15. Costumo ter dores de estômago ou más digestões				
16. Tenho que esvaziar a bexiga com frequência				
17. As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes				
18. A minha face costuma ficar quente e corada				
19. Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite				
20. Tenho pesadelos				

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Por favor leia cuidadosamente cada um deles.

Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação que melhor descreve a forma como você se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE.

Se várias afirmações no grupo parecem aplicar-se igualmente bem, circule cada uma delas. Certifique-se de ler todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

A - 0. Não me sinto triste.

1. Ando "neura" ou triste.
2. Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

B - 0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.

1. Sinto-me com medo do futuro.
2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C - 0. Não tenho a sensação de ter fracassado.

1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.
3. Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

D - 0. Não me sinto descontente com nada em especial.

1. Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
1. Não tenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
3. Sinto-me descontente com tudo.

E - 0. Não me sinto culpado(a) de nada em particular

1. Sinto-me grande parte do tempo, que sou mau(má), ou que não tenho qualquer valor.
2. Sinto-me bastante culpado(a).
2. Agora, sinto, permanentemente, que sou mau(má), ou que não tenho qualquer valor.
3. Considero que sou muito mau(má) e não valho absolutamente nada.

F - 0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.

1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
2. Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).
3. Sinto que mereço se castigado(a).
3. Quero se castigado(a).

G - 0. Não me sinto descontente comigo mesmo.

1. Estou desiludido(a) comigo mesmo.
1. Não gosto de mim.
2. Estou bastante desgostoso(a) comigo.
3. Odeio-me.

H - 0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.

1. Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros.
2. Culpo-me das minhas próprias faltas.
3. Acuso-me por tudo de mal que acontece.

I - 0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo.

1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
2. Sinto que seria melhor morrer.
2. Creio que seria melhor para a família se eu morresse.
2. Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.
3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

J - 0. Actualmente não choro mais do que o costume.

1. Choro mais agora do que costumava.
2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade.

K - 0. Não ando agora mais irritado(a) do que de costume.

1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2. Sinto-me permanentemente irritado(a).
3. Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam antigamente.

L - 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.

1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.

M - 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.

1. Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.
2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.
3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

N - 0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.

1. Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.
2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.
3. Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

O - 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
2. Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for.
3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

P - 0. Consigo dormir tão bem como dantes.

1. Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.

Q - 0. Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.

1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.
2. Fico cansado quando faço seja o que for.
3. Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

R - 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.

1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.
3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

S - 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.

1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.
2. Perdi mais de 5 quilos de peso.
3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

Estou a fazer dieta para perder peso: Sim ___ Não ___

T - 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1. Sinto-me preocupado(a) com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estômago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
2. Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
3. Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como se sinto.

U - 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

1. Encontro-me menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.
2. Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

TOTAL: _____