

DM
CORS/C1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA



« Quand ils sauront dire non à la soumission, ils libéreront le corps et l'esprit,
conquerront l'univers, changeront la vie. » Sejo Vieira

TESE DE MESTRADO

QUANDO O CORPO GRITA O QUE A ALMA AÇAIMA

Fibromialgia e Psicossomática

Dois Estudos de Caso

Carla Celine Corsello – N.º 14197

ORIENTADOR: *Dr. António Coimbra de Matos*
I.S.P.A.

Fevereiro 2008



C.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Departamento de Psicologia

Nº de Registo: 17865

Data: 05/12/2008

Tel.: 21 981 17 50 • Lisboa/Portugal

Desejo agradecer primeiramente ao Dr. Fernando Morgado por me ter facilitado o estágio e a recolha de dados, pelo seu empenho e disponibilidade.

À Dr.^a Isabel Mega, pela sua disponibilidade, interesse e envolvimento.

À Dr.^a Madalena Fenha, pelo precioso apoio ao nível da cotação de testes e pela permanente disponibilidade e motivação.

Ao meu primeiro Mestre, Dr. José Abreu de Afonso, pelo incentivo de anos e pelo ensino da ética e do respeito pelos pacientes e pelas suas dores.

Ao Dr. Coimbra de Matos, pela sua supervisão e pela sua experiência inspiradora.

Ao meu marido, pelo permanente incentivo e por não me deixar esquecer que este é o caminho que me completa.

Aos meus pais, que tanto me apoiaram, ao longo dos últimos seis meses, para que na clausura da investigação, o meu filho não ficasse nunca em segundo lugar.

Às minhas pacientes portadoras de fibromialgia, com quem tanto aprendi sobre a dor e sobre a persistência e sobrevivência humana.

À Vera e à João que souberam dar-me a mão nos momentos mais turbulentos deste caminho que fizemos em conjunto e à Ana que sempre me transmitiu a sua serenidade com o seu olhar terno.

E, por fim, e, em particular, à minha mãe, cujas dores só pude entender e aceitar depois deste longo trabalho de reflexão e observação.

RESUMO

O presente trabalho, pretende reflectir sobre o funcionamento psicossomático de pacientes portadores do síndrome de fibromialgia, através da análise de dois casos clínicos e dos dados obtidos na avaliação efectuada a um grupo de oito pacientes, atendidas na Associação Portuguesa de Miastenia Grávis e doenças Neuromusculares.

Pretendemos entender se existe relação entre ansiedade e depressão e os sintomas somáticos nestes pacientes e se podemos sugerir que estes apresentam uma personalidade-padrão definidora do seu funcionamento geral. A outra questão que se nos apresentou no decorrer da observação destes pacientes prendeu-se com o desejo de entender se os mesmos apresentavam traços alexitimicos .

O método utilizado foi o da observação participante por meio de entrevistas abertas, assim como, da aplicação de testes psicológicos que pudessem complementar os dados. Os instrumentos utilizados foram: o Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (Mini - Mult); O State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.); O Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.) e a Escala de Alexitimia de Toronto (T.A.S. – 20).

No que concerne os resultados obtidos, verificámos que a maioria dos sujeitos apresenta as seguintes características: sinais de inconformidade, imaturidade, pessimismo, teimosia, apatia, retracção e auto-punição, assim como, egocentrismo, sugestionabilidade e traços narcisicos. Quanto à relação entre ansiedade, depressão e alexitimia neste tipo de afecção, os resultados dos testes demonstraram o seguinte: a maior parte das pacientes observados revela sintomatologia depressiva variável. No que se refere aos dois casos clínicos estudados, ambas as pacientes apresentavam ansiedade/estado/traço baixa ou moderada. Do que pudemos observar ao longo da investigação, não obstante os resultados dos testes, todas elas tinham históricos variáveis de ansiedade ou depressão. Exceptuando dois casos que revelaram dificuldades na expressão emocional, considerámos que as pacientes não apresentavam traços alexitimicos relevantes.

Palavras-chave: Fibromialgia, Ansiedade, Depressão, Alexitimia, Psicossomática

ABSTRACT

The current study, intends to examine the psychosomatic functioning of fibromyalgia syndrome carrying patients, through the analysis of two clinical cases, as well as, through the data gotten in the effectuated evaluation to a group of eight patients, taken care of in the Portuguese Association of Myasthenia Gravis and Neuromuscular Illnesses.

We intended to understand the association between anxiety, depression and somatic symptoms in these patients and if we can state that there is a defining personality-standard of its general functioning. We tried to understand, at the same time, if these patients revealed alexithymic symptoms.

The subjects' psychological dimensions were investigated by open interviews, as well as, by several self-report questionnaires including: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Mini-Mult); State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.); Beck Depression Inventory (BDI), Toronto Alexithymia Scale – TAS – 20.

In what concerns the gotten results, we verified that the majority of the patients present the following characteristics: narcissistic symptoms, denial signals, immaturity, pessimism, stubbornness, apathy, withdrawal and auto-punishment, as well as, egocentrism and suggestibility. In what concerns the relation between anxiety, depression and alexithymia in this type of syndrome, the results of the tests had demonstrated the following: most of the observed patients disclosed unpredictable depressive symptomatology. As for the two studied clinical cases, both the patients presented moderate or low anxiety/state/trace levels.

Of what we could observe throughout the inquiry, despite the test results, all the patients exposed unreliable clinical pasts of anxiety or depression. On what concerns the alexithymia, with the exception of two cases that presented difficulties in the emotional expression, we considered that the patients did not revealed alexithymic signals.

Key Words – Fibromyalgia, Anxiety, Depression, Alexithymia, Psychosomatics

INDICE

I. INTRODUÇÃO

1.1.	Objectivo da Investigação	9
1.2.	Problema da Investigação	10
□	O presente estudo.....	15
1.3.	Justificação do Estudo	16
1.4.	Limitações do Estudo.....	16
1.5.	Questões ou Hipóteses de Investigação.....	17

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1.	As primeiras Teorias Psicossomáticas	18
2.2.	Escola psicossomática de Paris.....	25
2.3.	Modelo Multidimensional de Sami-Ali.....	26
2.4.	Desenvolvimento perceptivo, adaptação ao meio, sobrevivência mental e equilíbrio psicossomático. Perspectiva de vários autores	29
□	Interacção entre Corpo, Cérebro e Meio.....	33
2.5.	Teoria Psicossomática de António Coimbra de Matos.....	35
2.5.1.	Psicossomática, segundo Winnicott	40
□	Soma e Psique	40
□	Doenças Somáticas	42
□	Doenças da Psique	43
2.5.2.	Psicossomática e Fibromialgia	45
□	Pensando a dor	45
□	Dor Crónica	47
□	A Dor em Fibromialgia	49
□	Definição de Fibromialgia.....	50

□ Epidemiologia.....	50
□ Diagnóstico.....	50
□ Dificuldades no diagnóstico	51
□ Quando e como surge. Início e formas de apresentação.....	51
□ Como evolui: Desenvolvimento e prognóstico	52
□ Abordagens Terapêuticas	52

III. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

Delimitação do plano de Investigação	57
Descrição do Material e dos instrumentos	58
□ Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota–(Mini-Mult.).....	58
□ State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I).....	60
□ Inventário de Depressão de Beck – (B.D.I.).....	62
□ Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – (T.A.S.-20)	63
Estudo de Caso A	65
A) Dados Pessoais	65
B) Pedido.....	65
C) História Clínica.....	65
D) História Evolutiva.....	66
E) Análise da História.....	76
F) Exame do Estado mental.....	81
□ Orientação e percepção.....	81
□ Cognição.....	81
□ Afectos.....	81
□ Acção.....	82
□ Características do Ego.....	82
□ Relações Objectais.....	83
□ O Self.....	85

□	Resultado dos testes Aplicados.....	86
	- Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota –(Mini – Mult)..	86
	- State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.).....	90
	- Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.).....	90
	- Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – (T.A.S.-20).....	91
	Estudo de Caso B	92
A)	Dados Pessoais	92
B)	Pedido	92
C)	História Clínica.....	92
D)	História Evolutiva	92
E)	Análise da História	97
F)	Exame do Estado mental	103
□	Orientação e Percepção	103
□	Cognição.....	103
□	Afectos.....	103
□	Acção.....	104
□	Características do Ego	104
□	Relações Objectais.....	105
□	O Self.....	106
□	Resultado dos Testes Aplicados	107
	- Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota –(Mini – Mult)..	107
	- State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.).....	110
	- Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.).....	110
	- Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – (T.A.S.-20).....	110
IV.	RESULTADOS OBTIDOS NOS TESTES APLICADOS.....	111
V.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	115
VI.	CONCLUSÕES.....	118
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	121

ANEXOS

- Anexo 1 – Consentimento Autorizado.....	125
- Anexo 2 - Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota –(Mini – Mult).....	126
- Anexo 3 - Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.).....	131
- Anexo 4 - State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.).....	133
- Anexo 5 - Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – (T.A.S.-20).....	135

QUADROS

- Quadro 1: Doenças Somáticas	42
- Quadro 2 : Doenças da Psique	43
- Quadro 3 : Resultados do Mini-Mult – 1ºcaso.....	86
- Quadro 4 : Resultados do Mini-Mult – 2ºcaso	107

GRÁFICOS

- Gráfico 1: Resultados dos testes aplicados	111
--	-----

FIGURAS

- Figura 1: Ilustração esquemática do conceito de especificidade na etiologia das perturbações das funções viscerais.....	21
- Figura 2: Limiar em que a capacidade adaptativa é excedida e os sintomas aparecem	23

I. INTRODUÇÃO

1.1. Objectivo da Investigação.

No decurso do estágio, levado a cabo no âmbito do mestrado, contactámos essencialmente com pacientes com fibromialgia, o que nos levou ao estudo do funcionamento psicossomático deste síndrome e à tentativa de encontrar algum ponto de ligação entre os sujeitos, tanto ao nível das histórias de vida, como da estrutura da personalidade, das estratégias de reacção à doença e das consequências de tudo isto no adensamento da dor ou na diminuição da mesma.

O contacto com estes doentes, fez crescer o nosso desejo de saber mais e de poder contribuir para a divulgação do que vivem nas suas realidades quotidianas e do que viveram até ao momento em que lhes foi diagnosticada a doença.

A fibromialgia surge como uma doença crónica e sistémica, não degenerativa mas extraordinariamente dolorosa e muitas vezes incapacitante perante as tarefas do quotidiano, o que me levou a aspirar ao entendimento do que poderia haver de habitual em pacientes com este problema que pudesse ser justificado por algum ponto de partida psíquico comum, uma vez que o debate médico continua a levar a algumas reservas de diagnóstico.

A investigação neste campo revela alguma evolução embora a realidade demonstre que entre a manifestação dos sintomas e o diagnóstico da doença, decorrem cerca de cinco a oito anos (e.g., o estudo de Kossoff, 1999, citado por Sá E. et al., 2005).

Os pacientes vão sendo encaminhados, ao longo deste tempo, para as mais diversas áreas da medicina e passando pelos mais variados diagnósticos, o que precipita estados de confusão e de sentimentos de perda, por si só, fomentadores de ansiedade e de desânimo que em nada ajudam a inibição de sintomas.

1.2. Problema da Investigação.

Vários artigos foram pesquisados, no início deste trabalho, sobre estudos efectuados na área da fibromialgia, da depressão, das estratégias de coping perante a dor crónica, assim como, da ansiedade e da alexitimia em pacientes psicossomáticos, o que nos levou a verificar que muito tem sido feito para aprofundar o entendimento das relações entre as variáveis citadas.

Esta revisão de literatura feita em simultâneo com o trabalho efectuado durante o estágio, aumentou a nossa curiosidade em relação a esta matéria.

Perante as incertezas que se nos apresentaram desde o início, no que se refere à fibromialgia, (até mesmo do ponto de vista da origem física dos sintomas que a própria medicina tenta ainda explicar), e dado que a nossa área de estudo é a da Psicologia, (mais concretamente, a Psicossomática), decidimos cingir-nos à pesquisa da interacção entre os sistemas somático, psíquico, social e cultural destes pacientes e daí tentar retirar algumas ilações.

Porém, antes de passar às ilações, começámos por ver o que os investigadores mais recentes deste campo, têm vindo a estudar e foi assim que descobrimos uma extensa literatura em que todas estas questões foram já bastante debatidas, tanto nos Estados Unidos, como na Europa, nomeadamente na Noruega.

Num estudo levado a cabo em 1999, verificou-se que a depressão faz prever maior morbidade, mortalidade e utilização de serviços de saúde e que apesar de factores como a associação entre morbidade e depressão e o elevado nível de depressão entre indivíduos com dor crónica estarem bem documentados, (Dickens & Creed, 2001, citado por Tennen, Eberhardt & Affleck, 2006), permanece em aberto o debate, no que se refere às relações entre índice de dor e depressão (Romano & Turner, 1985; Wolfe & Hawley, 1993, citados por Tennen, et. al., 2006).

Vários investigadores, interpretaram as suas próprias descobertas como um indicador de que a dor prediz depressão posterior (Nicassio & Wallston, 1992, citado por Tennen, et. al., 2006), de que a depressão influencia a dor (Zautra et al., 1995, citado por Tennen, et. al., 2006), e de que a influência recíproca de diversos

processos caracteriza a associação entre depressão e dor (Nicassio, & Wallston, 1989, citado por Tennen, et. al., 2006).

Porém, menos entendidas do que a relação entre depressão e dor crónica, são as relações entre dor corrente e depressão antecedente e entre níveis de dor e estratégias de coping empregues por pacientes com fibromialgia.

Embora indivíduos com fibromialgia tenham uma alta prevalência de desordem depressiva ao longo da vida (Hudson, Tennen, Reisine & McQuillan, 1998, citado por Tennen, et. al., 2006), a relação entre o seu historial de perturbações de humor e a sua experiência de dor, continua por conhecer.

A literatura sobre dor crónica, prestou especial atenção à forma como episódios de depressão prévia podiam predizer dinâmicas e correlações de dor subsequente. Porém, as literaturas psicológicas e psiquiátricas revelaram um especial interesse na noção de que indivíduos com um passado de depressão major, continuam a revelar défices sociais, cognitivos, emocionais e de saúde, mesmo depois de deixarem de se inserir nos critérios de diagnóstico de depressão (Coyne, Pepper & Flynn, 1999; Lewinsohn, Steinmetz, Larson & Franklin, 1981; Tweed, 1993, citados por Tennen, et. al., 2006).

Duas explicações foram dadas para a persistência de défices em sujeitos anteriormente deprimidos:

A primeira explicação, refere que indivíduos, com historial de depressão, retêm vulnerabilidades pré-mórbidas ou manifestam alguma erosão dos seus recursos psicológicos, não evidenciados nas suas áreas não deprimidas (Tennen et. al., 2006).

A segunda explicação, aponta para o facto de se manter latente a vulnerabilidade depressiva até ser desencadeada ou pressionada por estados de elevada angústia (Roberts & Kassel, 1996; Coyne, Gallo, Klinkman & Calarco, 1998, citados por Tennen, et. al., 2006).

Num dos estudos conduzido por Fifield et al., em 1998, (citado por Tennen, et. al., 2006) com o objectivo de entender de que forma um historial de depressão prediz dor corrente entre pacientes com dor crónica, constatou-se que pacientes

com artrite reumatóide, revelavam índices de dor mais elevados, anos após um episódio de depressão major, do que pacientes sem historial de depressão. Esta constatação aplicava-se apenas a pacientes com historial de depressão que estivessem a passar por experiências altamente angustiantes.

Tennen, Eberhardt & Affleck, (2006), tentaram observar de que maneira um episódio prévio de depressão, entre pacientes com fibromialgia, predizia a intensidade da dor e as respostas cognitivas e emocionais à mesma e acabaram por concluir que sujeitos com fibromialgia, com historial de depressão, e sujeitos com fibromialgia, sem historial de depressão, apresentavam resultados diferentes nas estratégias empregues para lidar com o aumento de dor. Sujeitos, com historial de depressão e com sintomas depressivos actuais, revelaram um maior declínio do seu estado de humor e menos capacidade de empregar estratégias de coping, em dias de maior dor, do que sujeitos com historial de depressão mas sem sintomas depressivos actuais.

Embora a depressão tenha já sido apresentada como um factor significativo em fibromialgia, o papel da ansiedade nesta doença ainda não foi totalmente entendido.

No entanto, um relatório desenvolvido por Kutzze, Gundersen & Sveback, em 1998, revelava que tanto a depressão, como a ansiedade, evidenciavam efeitos suplementares na dor, em pacientes com fibromialgia.

Epstein, Kay, Clauw et al. desenvolveram, em 1999, um estudo multi-centrado, em centros de cuidados terciários, onde tentaram determinar se doenças psiquiátricas e variáveis psicológicas eram, ou não, preditivas de debilidade funcional em pacientes com fibromialgia; Constataram que pacientes com fibromialgia, revelavam prevalência de depressão major e de distúrbios de pânico frequentes, quadros que se tinham mantido presentes ao longo das suas histórias de vida .

Cerca de setenta e três indivíduos foram sujeitos a entrevista clínica estruturada pelo DSM- III-R, ao SF-36, (Rand 36-item Health Survey) e a múltiplas escalas de auto-avaliação e os distúrbios mais comuns revelaram os seguintes resultados de apresentação:

- ✓ Depressão major – História de vida [H.V.] = 68%; Episódio Frequente [E.F.] = 22%
- ✓ Distímia – Apenas 10% [E.F.]
- ✓ Distúrbio de pânico - [H.V.] = 16%; [E.F.] = 7%
- ✓ Fobia Simples - [H.V.] = 16%; [E.F.] = 12%

Os distúrbios mais comuns eram depressão major e fobias simples. As escalas de auto-avaliação, revelaram elevações significativas de depressão, ansiedade, neuroticismo e hipocondria. O SF-36 revelou debilidade funcional severa em todas as variáveis (e.g. funcionamento físico = 45,5 e limitações de tarefas devidas a problemas físicos = 20). Em todo o caso, as análises de regressão múltipla revelaram que a ansiedade frequente era a única variável que previa uma proporção significativa da variância (29%) do funcionamento físico no SF-36. Assim sendo, este estudo multi-centrado sugeriu que pessoas com fibromialgia revelavam debilidade funcional marcada, altos níveis de distúrbio psiquiátricos frequentes e permanentes, ao longo das suas histórias de vida, assim como, angústia significativa frequente. Os níveis de ansiedade frequente apareciam, nesta investigação, como um importante correlato da debilidade funcional em indivíduos com fibromialgia (Epstein, Kay, Clauw et al., 1999).

Dugas et al. (1998) sugerem, com base em resultados de observações prévias, feitas a estudantes universitários franceses, com o intuito de verificar a associação entre transtorno de ansiedade generalizada e hipocondria, que indivíduos com T.A.G. (transtorno de ansiedade generalizada), apresentavam essencialmente dois tipos de inquietações: inquietações ligadas a problemas imediatos - por exemplo, entregar um relatório escolar dentro de prazo - e inquietações ligadas a eventuais acontecimentos negativos - por exemplo, perder um filho num acidente de carro (citados por Langlois, Gosselin, Brunelle et al. 2007).

As estratégias de evitamento cognitivo demonstram ser utilizadas principalmente em resposta ao segundo tipo de inquietações. A pessoa ansiosa, face à sua saúde, inquieta-se perante a eventualidade de possíveis doenças, sem ter provas de existência concreta das mesmas. Os resultados deste estudo revelaram que, em presença de inquietação perante a doença, o evitamento cognitivo constituiria uma estratégia fortemente utilizada. No entanto, a utilização desta estratégia sugere um mecanismo de conservação da inquietação, visto que impede a habituação à

ansiedade e leva ao retorno do pensamento (Dugas et al., 1998, citados por Langlois, Gosselin, Brunelle et al. 2007).

Embora seja ainda difícil definir o fenómeno da somatização, parece ser de consenso geral que a somatização se caracteriza por presença de sintomas físicos, não explicados por uma condição médica. Da multiplicidade de factores apontados para o fenómeno da somatização, incluindo traços de personalidade, processos emocionais, hipotetizados como factores de risco para o desenvolvimento e persistência da mesma, a alexitimia tem sido um dos elementos mais avaliados (Almeida & Machado, 2004).

Sifneos (1973) propôs este conceito em consequência das observações clínicas que fez a pacientes psicossomáticos, que se apresentavam como indivíduos entediados, incapazes de introspecção e de falar sobre os seus sentimentos (citado por Almeida & Machado, 2004).

Almeida & Machado, (2004), fizeram uma revisão de estudos em que foi utilizada a Escala de Alexitimia de Toronto (T.A.S.-20), como instrumento de avaliação da alexitimia. Reviram primeiro os estudos que analisavam a associação entre somatização e alexitimia. Em seguida, reviram aqueles que analisavam as diferenças de somatização entre os sujeitos alexitímicos e os não alexitímicos. Por fim, reviram um tipo de estudos que comparava as diferenças entre sujeitos com sintomas somáticos e um grupo de controlo. Segundo os autores, todos os estudos revistos indicam uma associação positiva entre somatização e alexitimia.

Os autores supracitados alertam-nos, no entanto, para a necessidade de levar em consideração, a divergência de amostras que vão desde, amostras psiquiátricas, como no estudo de Wise & Mann, (1994), à população geral, (Lundh & Simonsson-Sarnecki, 2001), a estudantes (Pennebaker & Watson, 1991), ou a doentes com perturbações somatoformes (Back & Back, 1996). Dos estudos revistos, apenas um deles encontrou níveis de somatização mais elevados no grupo de alexitímicos (Taylor et al, 1997, citado por Almeida & Machado, 2004).

Nos estudos que comparam os valores de alexitimia entre um grupo com sintomas de somatização e um grupo de controlo, dois deles, encontram níveis mais altos no relato de sintomas somáticos entre os sujeitos alexitímicos. (Almeida & Machado, 2004).

□ O presente estudo...

A população visada no presente estudo, sofre de fibromialgia, nosograficamente definida por dor musculoesquelética difusa, crónica, fadiga fácil e rigidez de predomínio matinal, associada a pontos dolorosos distribuídos bilateralmente abaixo e acima da cintura, secura das mucosas e perda de libido (Gilliland, 1998; Quartillo, 1999; citados por Sá et al., 2005).

A maior parte das pacientes, tinha já, em dado momento, sofrido de depressão, embora algumas delas fizessem um esforço significativo para combater a dor e a lentificação física e psíquica.

Muitas das doentes sugeriam apresentação de sintomas de ansiedade, através do discurso, da postura e da velocidade de pensamento disperso que fazia com que, muitas vezes, fosse difícil balizar o final das sessões, tal era o seu afã de não deixar nada por dizer, naquela semana.

No entanto, esta necessidade imoderada nem sempre era sinónimo de expressão da consciencialização de conflitos internos. Em certos casos, a carência de falar reflectia mais uma descrição exaustiva das suas rotinas quotidianas em que nem sempre as pacientes demonstravam o desejo de reflectir sobre si próprias mas sim de partilhar o seu dia-a-dia e de se queixarem de forma muito concreta das suas dores físicas.

Não queriam, de forma consciente, fazê-lo ou não lhes seria possível por incapacidade de expressar os seus reais e mais profundos sentimentos?

Esta era apenas uma das primeiras questões que nos surgiriam no decorrer das entrevistas e do apoio levado a cabo com estas pacientes.

Outra das nossas dúvidas iniciais, prendia-se com a possibilidade de existência, ou não, de uma estrutura de personalidade-tipo neste tipo de pacientes. Existiria uma estrutura de personalidade comum a todas elas?

Por outro lado, e coincidindo com os estudos acima apresentados, questionávamo-nos quanto ao sofrimento destes sujeitos no que se referia à ansiedade e à depressão; Estes quadros existiriam a priori, desencadeadores de

fenómenos de somatização posteriores ou, pelo contrário, surgiriam como resultado do mal-estar físico generalizado?

Quanto à ansiedade, estaríamos na presença de pessoas com uma ansiedade transitória ou na presença de pessoas com uma propensão relativamente estável para a ansiedade?

E, tendo em conta o conceito de alexitimia, sofreriam estas pacientes de um estilo cognitivo-afectivo, incapaz de identificar e de descrever a sua realidade interna, ao nível dos sentimentos, da imaginação e da fantasia, e transmiti-la por meio da palavra?

A fibromialgia apresentou-se-nos como um enigma a decifrar, sobre o qual, tentámos, de alguma forma, compreender os contornos.

1.3. Justificação do Estudo.

No sentido de procedermos à recolha da amostra, decidimos contactar a Associação Portuguesa de Miastenia Gravis e Doenças Neuromusculares, através do Dr. Fernando Morgado, Neurologista e Presidente da Associação, com o intuito de fazer simultaneamente o estágio exigido no âmbito do Mestrado em Psicossomática. Depois de 180 horas de observação, pareceu-nos legítimo organizar e estudar os dados recolhidos ao longo do tempo em que as entrevistas foram feitas, os questionários e escalas foram aplicados, e utilizar todo esse material para a elaboração deste trabalho de investigação.

1.4. Limitações do Estudo.

Ao longo do estudo, deparámo-nos com duas limitações: A primeira foi a da recolha da amostra. Nem todas as utentes da associação sofriam de fibromialgia e, muitas das que padeciam desta afecção, não quiseram fazer parte do estudo nem integrar o grupo de observação, o que acabou por reduzir o número de participantes; A segunda limitação com que nos deparámos foi a do tempo de observação. As 180 horas de estágio apresentaram-se insuficientes para uma investigação mais aprofundada que tivesse permitido alargar a amostra, fora da área geográfica de Lisboa e, quiçá, dessa forma, poder pôr em prática outro tipo de

estudo mais abrangente, quer a nível das variáveis estudadas, quer a nível de estabelecimento de um grupo de experimentação e da possibilidade de confirmar, ou não, as hipóteses estabelecidas por comparação a um grupo de controlo, generalizando-as à população mais alargada de pacientes com fibromialgia .

1.5. Questões ou Hipóteses de Investigação.

As dúvidas com que nos deparámos, à medida que fomos lendo diversos artigos sobre estudos feitos na área, e nas entrevistas com as pacientes, durante o estágio, foram as seguintes:

1. Os pacientes com fibromialgia sofrem de ansiedade e de depressão desencadeadoras do fenómeno somático ou estes quadros surgem como resultado do mal-estar físico generalizado inerente à doença?
2. Existe uma personalidade característica no paciente com fibromialgia?
3. Os pacientes com fibromialgia sofrem estados de ansiedade ou têm uma propensão para a mesma (traço)?
4. Os pacientes com fibromialgia apresentam sintomas alexitimicos?

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. As Primeiras Teorias Psicossomáticas.

Sabe-se desde a antiguidade que os sentimentos e as emoções têm eco no corpo mas foi preciso esperar pela evolução da medicina moderna para estabelecer relações entre os estados emocionais e as consequências físicas dos mesmos.

Heinroth, foi o primeiro a introduzir o termo «*psicossomático*» em 1818, o qual exprimia a sua convicção acerca da influência exercida pelas paixões sexuais sobre doenças como a epilepsia, o cancro ou a tuberculose (Citado por Haynal A., Pasini, W. & Archinard, M., 1998).

Maudsley, na sua obra *The Physiology of Mind* (1876), escrevia: *Se a emoção, não se libertar...fixar-se-á nos órgãos e perturbará o seu funcionamento. A tristeza que se pode exprimir através de gemidos e do choro será rapidamente esquecida, enquanto o desgosto mudo, que corrói sem cessar o coração, acabará por destruí-lo*” (citado por Haynal A., Pasini, W. & Archinard, M., 1998).

Com a chegada do séc. XX, chegou também o fascínio pela físico-química e pela bacteriologia. Embora a experimentação tenha obrigado os médicos a prestar atenção às condições de vida dos pacientes e às suas questões de ordem emocional, estes assuntos ficaram de forma geral fora do âmbito científico.

Assim, durante as primeiras décadas do século passado, estes problemas eram questionados sobretudo por grupos cientificamente marginais, como o primeiro grupo de psicanalistas, (Federn, apresentou um caso de asma à Sociedade Psicanalítica de Viena em 1913), enquanto que os psiquiatras se interessavam sobretudo com as manifestações somáticas da histeria.

A doença psicossomática foi vista pela Psicanálise como a expressão simbólica de um conflito inconsciente entre o desejo e a censura que se revelaria simbolicamente pela excitação ou inibição, enquanto desvio ao funcionamento orgânico normal. A explicação do fenómeno somático estendia-se à teoria da conversão histérica, segundo a qual, a doença surgia como expressão

comunicativa de conflitos internos inconscientes, através dos órgãos dos sentidos (Matos, C., 2003)

Em 1927, Félix Deutsch reintroduziu a noção de psicossomática tendo sido seguido por F. Dunbar, F. Alexander, M. Schur, T. Benedek, Weiss e English, entre outros psicanalistas emigrados para os Estados Unidos, os quais procuraram pela primeira vez determinar, através de métodos científicos, os fenómenos considerados nessa época de etiologia psicossomática (citado por Haynal A., et. al., 1998).

Este movimento reactivou-se na Europa, após a segunda guerra mundial, em conjunto com o renascimento do pensamento psicanalítico em França, e de forma mais empírica, directamente associado à clínica médica, em Inglaterra, na Suíça, na Alemanha, etc.

Deutsch, propôs uma anamnese associativa livre, o que influenciou seguramente o método de estudo psicanalítico das doenças psicossomáticas de Pierre Marty e da sua escola (citado por Haynal A., et. al., 1998).

Dunbar tentou achar perfis de personalidade baseados em características pessoais pré-mórbidas, típicas de determinados quadros clínicos. Segundo o autor, todos os fenómenos vitais psíquicos ou físicos são reflexos de uma energia vital que se pode deteriorar por efeito de agentes externos ou de emoções e conflitos internos excluídos do consciente (Dunbar, 1943).

Nemiah e Sifneos, descrevem-nos o fenómeno da alexitimia, tendo este a ver com dificuldades em expressar sentimentos, dificuldades essas relacionadas com uma capacidade limitada de sentido crítico, com uma diminuição da capacidade de simbolização e da vida fantasmática; desta forma os pacientes não conseguem verbalizar os seus afectos, havendo uma insuficiência simbólica com consequências biológicas. O indivíduo tem assim dificuldade em distinguir as emoções e afectos dos mecanismos fisiológicos que os acompanham (Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E., 1970).

Franz Alexander, desenhou um método de estudo das características específicas das doenças psicossomáticas major em que confrontava conflitos específicos, no sentido psicanalítico, com determinadas alterações fisiológicas (citado por Haynal A., Pasini, W. & Archinard, M., 1998).

O autor, considerava que a musculatura com inervação voluntária poderia constituir o suporte de sintomas de conversão de tipo histérico, os quais, como Freud demonstrou, resolvem, de modo patológico, um conflito interior. Por outro lado, as neuroses do sistema visceral neurovegetativo apresentar-se-iam como acessórios fisiológicos de certas emoções crónicas.

As doenças psicossomáticas seriam um efeito das inervações crónicas erradas, ligadas ao sistema neurovegetativo que planeia a luta ou a fuga em situações difíceis de conflito ou fornece as reservas durante o repouso ou a retirada (Citado por Haynal A., et al., 1998).

Desta forma, mediante a ocorrência de atitudes crónicas de rivalidade e de agressividade, o sistema simpático, adrenérgico, seria crónicamente excitado. A título de exemplo, um indivíduo com hipertensão essencial seria um homem com um bom domínio da musculatura voluntária mas constantemente sujeito à pressão de emoções reprimidas, tais como, a agressividade ou a competição, o que o levaria a viver num regime adrenérgico.

O ulceroso, pelo contrário, obrigar-se-ia a uma vida activa, não se permitindo a expressão das suas necessidades de dependência, ou por não poder aceitá-las interiormente ou pelo facto de os seus pedidos não serem aceites por quem o rodeasse (citado por Haynal A., et al., 1998).

Para este autor, as respostas viscerais crónicas levam a perturbações das funções estruturais, ou seja, às doenças psicossomáticas (citado por Haynal A., et al., 1998).

Alexander, considerava a existência de dois tipos de doenças psicossomáticas: uma que define a expressão de tendências hostis agressivas bloqueadas (luta e fuga), não traduzidas de forma manifesta, enquanto a outra representaria a expressão de tendências inibidas de dependência e de procura de apoio (citado por Haynal A., et al., 1998).

Nesta perspectiva psicogenética, a doença torna-se o produto de um certo número de factores, entre os quais as reacções emocionais que criam a angústia e a agressividade e as atitudes afectivas que acarretam.

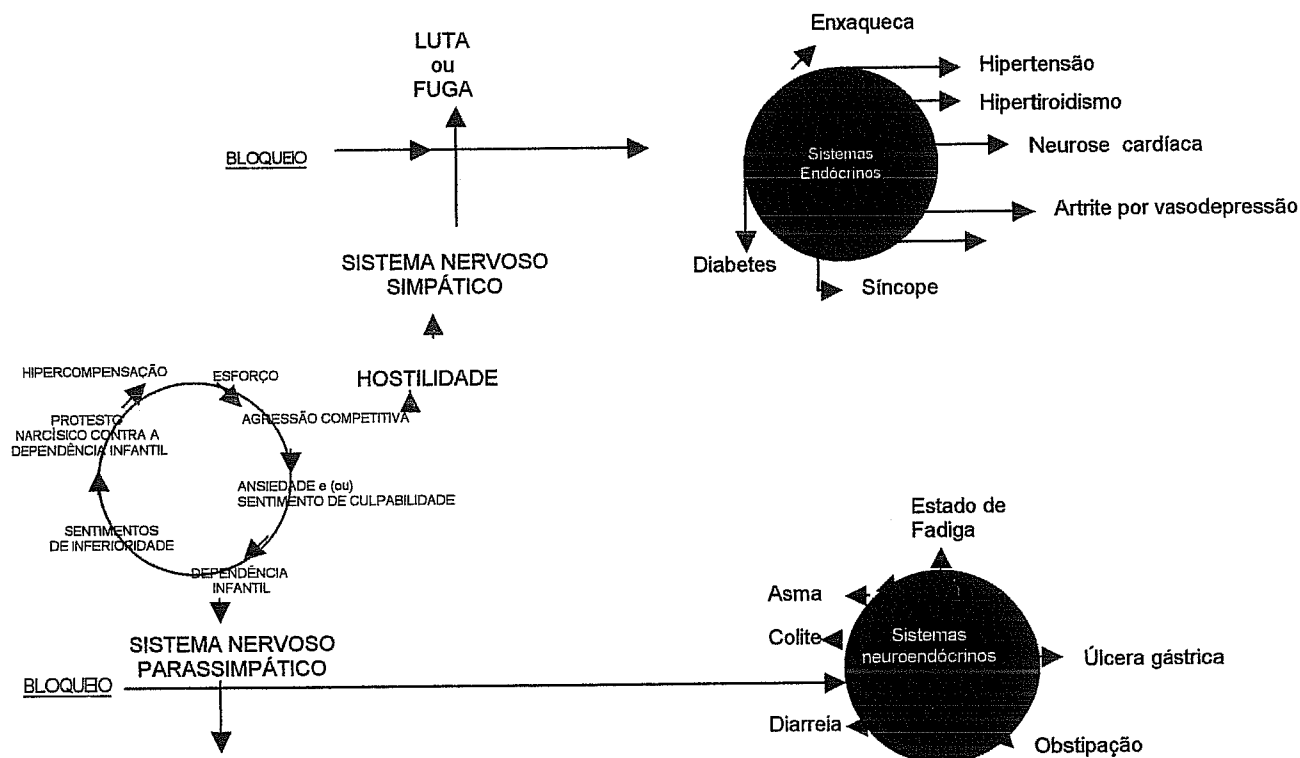


Figura 1. Ilustração esquemática do conceito de especificidade na etiologia das perturbações das funções viscerais.¹

A noção de psicogénese suscitou numerosas pesquisas nas áreas da Medicina e Psicanálise, mas a teoria de Alexander, baseada no modelo psicofisiológico, permanecendo dualista, não conseguiu dar uma explicação para os elos orgânicos que fazem do homem um ser psicossomático.

¹ Este diagrama mostra dois tipos de respostas viscerais em estados emocionais. Em cima, à direita do diagrama, vemos as perturbações que se poderiam desenvolver quando a expressão das tendências hostis agressivas (luta ou fuga) está bloqueada e não se traduz no comportamento manifesto; Em baixo, também à direita do diagrama, vemos as perturbações que se desenvolveram quando as tendências para a dependência e a procura de apoio estão bloqueadas. (Segundo Alexander, 1952. Citado por Haynal A., et al., 1998).

Por sua vez, Grodeck, tentou encontrar na base dos diversos estados patológicos, causas psicológicas inconscientes. Para este autor, determinadas perturbações psicossomáticas viscerais podiam ser interpretadas com base em mecanismos de conversão simbólica (Citado por Haynal A., et al., 1998).

As pesquisas de Hans Selye sobre o síndrome geral de adaptação e a reacção inespecífica ao stress trouxeram um enorme contributo teórico e experimental para o desenvolvimento da psicossomática.

Este autor defendia que o indivíduo, ao ser sujeito a uma realidade agressiva ou prejudicial, pode desencadear uma reacção de alarme, dividida numa fase de choque, em que podem surgir várias perturbações orgânicas, (taquicardia, alterações ao nível da temperatura do corpo, úlceras gástricas, edemas, etc.) e numa fase de contra-choque que surge quando se dá uma reversão dos sinais atrás indicados, se o dano não for muito severo (Selye H., 1962).

No entanto, se os estímulos negativos permanecerem, a fase de contra-choque é substituída por um estado de resistência, através do qual, a maior parte das lesões atinge um ponto máximo.

A última fase do síndrome – estado de exaustão – surge quando se dá um desaparecimento gradual dos mecanismos de adaptação, observando-se um reaparecimento das lesões que caracterizam a reacção de alarme.

O conceito de Selye aponta para uma resposta do organismo a uma grande variedade de situações de stress com mecanismos de defesa fisiológicos, que dependem essencialmente da integridade do córtex supra-renal, cuja actividade excessiva está na origem daquilo a que Selye chamou *doenças de adaptação*, em que o organismo é danificado por um excesso das suas próprias medidas de defesa (Selye H., 1962).

O conceito de stress estaria assim relacionado com uma série de conflitos e com a descoberta de que tais conflitos existem, provocando uma reacção global de resistência e uma redução das capacidade imunitárias do sujeito.

A representação esquemática de uma escada para a “doença-saúde” (ver fig. 2.) indica alguns dos possíveis aspectos que levam a quadros disfuncionais complicados, tais como a fibromialgia, onde recursos adaptativos foram levados aos seus limites, e o “estágio de exaustão” foi atingido no síndrome de adaptação geral de Selye (1952, citado por Chaitow L., 2002).

Limiar em que a capacidade adaptativa é excedida e os sintomas aparecem

Teoricamente, a intensidade e duração de qualquer combinação destes múltiplos factores de stress, actuando nas características inatas únicas do indivíduo, determinam quando os sintomas começarão a surgir



Fig.2.

Boa saúde, sistema imune sadio, função homeostática, ausência de sintomas

As opções de tratamento são limitadas a:

- Melhora das funções defensivas;
- Redução da carga de stress bioquímico, biomecânico e psicogénico;
- Alívio sintomático.

Schur, considerava que doentes psicossomáticos regrediriam, sob o efeito de stress, quanto ao seu modo de pensar, dos processos secundários para os processos primários (simbolismo regressivo, pensamento regressivo), enquanto, paralelamente, surgiria a re-somatização das suas respostas (citado por Haynal A., et. al., 1998).

Outro autor, com enorme influência nas investigações psicossomáticas na Europa, foi M. Balint.

Este autor, interessou-se sobretudo pelas comunicações e pela relação estabelecida entre o médico e o paciente, ao nível consciente e inconsciente. Realçando o facto de que o tipo de procura do paciente nem sempre coincide com o tipo de oferta do médico, interessou-se pela relação que nasce desse processo interactivo e pela possibilidade que os médicos têm de «*re-reflectir*» o problema do paciente tal como este lho pode transmitir (citado por Haynal A., et. al., 1998).

Balint tentou estabelecer um ponto de encontro entre a personalidade do sujeito, ditada pelo seu passado, e o campo interpessoal que modula na sua comunicação com o médico.

As mudanças psicossociais do indivíduo e a sua vivência subjectiva, estão frequentemente na origem de uma manifestação de doença. Muitas doenças surgem na sequência de uma perda, (possível ou consumada, real ou simbólica), acompanhada por sentimentos de desespero e por desamparo - «*hoplessness*» e «*helplessness*» - (Haynal A., et. al., 1998).

2.2. Escola psicossomática de Paris

Marty, M'Uzan, David e Fain, fundadores da Escola Psicossomática de Paris, em 1963, defendiam que a falta de elaboração mental e de mentalização provocaria sintomas vazios de simbolização.

Segundo estes autores, as fantasias dos pacientes psicossomáticos são pobres, quase inexistentes, caracterizadas por conteúdos concretos.

Criaram o conceito de pensamento operatório, em 1962, segundo o qual, estes sujeitos estariam, de certo modo, destituídos do seu inconsciente e hiperadaptados ao seu meio.

A causa deste cenário ter-se-ia desenvolvido antes dos seis meses de idade, etapa anterior à constituição do objecto libidinal e à capacidade de investimento numa representação do objecto (Marty, 1993).

Este tipo de funcionamento declarar-se-ia numa espécie de desaparecimento da subjectividade individual e do pré-consciente, que desencadearia uma relação objectal limitada de afecto e com ausência de conflito levando assim ao estabelecimento de uma depressão *branca* (sem sintomas psíquicos) e básica, a que Marty chamou «depressão essencial», (citado por Matos, 2003), sem objecto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se dirige para a esfera somática.

A deflação da libido e inflação do instinto de morte seria a sua consequência na economia pulsional (Matos, 2003).

Pierre Marty, (1976), na sua obra, *Les Mouvements individuels de vie et de mort*, salientava os princípios gerais de uma *economia psicossomática*, cuja concepção estava ligada à teoria dos instintos de vida e de morte, no sentido de uma dinâmica individual guiada por pulsões libidinais (directamente associada a teoria freudiana da sexualidade) que representavam um potencial energético autónomo.

O pré-consciente seria uma peça fundamental da economia psicossomática, sendo que durante o desenvolvimento, se organizaria como sistema de ligações

entre representações mentais (evocações de percepção acompanhadas de afecto), levando a neuroses mal mentalizadas e a neuroses de comportamento (Marty, 1993).

A função adaptativa do indivíduo às condições de vida está dependente, segundo Marty, de três componentes fundamentais: o aparelho psicossomático, o aparelho mental (de todos o mais sujeito à regressões e reorganizações) e o comportamento, associado e até subjugado ao aparelho mental.

Quando a disponibilidade conjugada do aparelho mental e do comportamento é ultrapassada, perante o prejuízo de uma nova situação, responde o aparelho somático (Marty, 1993).

Na ausência de um afecto apaixonado, de um discurso construtivo e interessante, do sonho e da dúvida, surge a personalidade psicossomática, cinzenta, pobre, desinteressante e desinteressada, passiva perante as revoluções internas e externas, das quais não toma conhecimento, ainda que se lhe apresentem directamente.

2.3. Modelo Multidimensional de Sami-Ali.

Para Sami-Ali o funcionamento psicossomático é regulado pelo imaginário. Segundo este autor, para se poder falar de patologia psicossomática (a qual ocorre ao nível do corpo real), o somático deve ser pensado na relação com o psíquico.

Sami-Ali, (2002), defende que a projecção, embora envolva mecanismos onde actua o simbólico, também se situa a nível corporal por meio da constituição das referências internas do espaço e do tempo, através das coordenadas do corpo próprio e dos ritmos fundamentais da vigília/sono.

Este autor salienta a possibilidade de representar o psíquico através da análise de factores qualitativos e quantitativos, espaciais e temporais, imaginários e reais.

Sami-Ali questiona o modelo bidimensional de Freud que tenta articular o somático e o psíquico em torno da oposição entre a neurose, actual, e a psiconeurose, primitiva, tentando assim reunir na mesma lógica compreensiva, duas formas opostas de somatização.

Sami-Ali, (2002), chama a atenção para o facto de nos confrontarmos com uma contradição, que tem a ver com o facto de o genital, nas neuroses actuais, ser pré-genital nas psiconeuroses, o que pressupõe que pôr as neuroses actuais antes das psiconeuroses, significa pôr o genital antes do pré-genital, o adulto antes do infantil, criando-se assim um paradoxo.

Em oposição ao modelo bidimensional, Sami-Ali, apresenta o modelo multidimensional, empírico, segundo ele, capaz de explicar o que confirma ou infirma e isento de contradição. Este modelo apresenta dialécticamente doze pares de conceitos opostos, capazes de desenhar os contornos essenciais da somatização e assim de reflectir sobre ela:

1. Corpo real vs. corpo imaginário.
2. Sentido primário vs. sentido secundário do sintoma orgânico.
3. Imaginário (projectão) vs. banal (ausência de projectão).
4. Função psicossomática constituída vs. função psicossomática em vias de constituição.
5. Regressão vs. impossibilidade de regressão.
6. Sintoma neurótico ou psicótico (formação simbólica) vs. equivalente orgânico de um sintoma neurótico ou psicótico.

Este modelo teórico pretende fazer uma distinção entre sintoma figurado, literal e neutro, levando em consideração o nível somático/orgânico da patologia. O sintoma figurado significa, para Sami-Ali, o insucesso do recalcado, correspondendo à histeria de conversão e ao corpo imaginário. O sintoma literal e o neutro, a um nível mais orgânico, corresponde ao sucesso do recalcado e à patologia da adaptação (Ali, S., 1992).

A patologia da adaptação, defendida por Sami Ali, pressupõe o recalçamento absoluto da função do imaginário. Por meio desta patologia, dá-se a ausência de projecção e uma falsa ideia de objectividade em que deixa de haver lugar para o subjectivo. Cai-se, assim, no banal, num mundo normativo em que não há espaço para o subjectivo nem para o imaginário.

Outro factor, promovido e defendido por este autor, é o de *Impasse*, conceito que designa o momento em que o sujeito fica numa situação sem saída, num conflito sem resolução, em que o recalçamento, sendo total, não permite aceder ao inconsciente e opera activamente contra a função do imaginário. Nessa equação dolorosa surge o sintoma. O sujeito fica à mercê da somatização. O *Impasse* compromete o corpo real e dificulta o reconhecimento do *si* e do *não si*. (Sami-Ali, 2002).

O sonho surge neste cenário como agente de auxílio para a elaboração do *impasse* e para uma hipótese de solucionar um conflito inicial e aparentemente irresolúvel. Sami-Ali (2002) defende que todos sonham mas que nem todos recordam os sonhos, havendo mesmo alguns indivíduos que afirmam nunca terem sonhado, situação que define como fruto de um recalçamento caracterial do imaginário enquanto função.

No caso dos psicossomáticos, dá-se, para o autor, uma perda de ligação entre o sonho e os seus equivalentes, (a ilusão, a crença, o jogo, a transferência, o fantasma, a fantasia, etc.) o que não significa que não sonhem; Sami-Ali, chama a atenção para o facto do recalçamento caracterial não se diferenciar apenas pela ausência de sonhos, mas sobretudo pela falta de interesse pelos sonhos (Sami-Ali, 2001).

Sami-Ali, fala-nos também de *depressão a priori ou caracterial*. Esta depressão não tem origem numa relação de objecto, mas sim, em algo que se antecipa à relação de objecto e que engloba tanto o psíquico como o somático (citado por Brás, 1995). É uma depressão que não se encontra nem no registo neurótico nem no registo psicótico, e que revela uma situação de *impasse*, em que qualquer estratégia defensiva não traz solução. A depressão a priori é egossintónica mostrando-se discretamente e independente dos acontecimentos, ao contrário das depressões reactivas, sendo uma depressão anterior a qualquer acontecimento; É uma forma de estar sem afecto e sem desejo para satisfazer, havendo quase como

que uma aceitação estóica dos acontecimentos, mesmo que sejam negativos e irresolúveis. Estes deprimidos não sentem a sua depressão, conformando-se. Existe, por vezes, tristeza, mesmo que o sujeito perceba que não lhe falta nada. O deprimido vive num impasse resignado e este impasse surge na repressão da função do imaginário para dar lugar a um superego corporal que é mediatizado pela adaptação social (citado por Brás, 1995). A depressão a priori é uma patologia de adaptação, já que assenta na dependência do outro, do exterior, conforme a norma em que o sujeito se funde no outro, havendo um constante recalçamento do imaginário, em que o conflito não existe, uma vez que o ego e o superego se confundem. O ego torna-se superego, o indivíduo nega-se a si mesmo e fica perante a impossibilidade de conflito psíquico, só se podendo este manifestar ao nível do corpo.

2.4. Desenvolvimento perceptivo, adaptação ao meio, sobrevivência mental e equilíbrio psicossomático. Perspectiva de vários autores.

Susana Rotbard, (2006) defende a importância de sobreviver mentalmente, por meio da adaptação ao meio e da conservação da identidade, sendo que, na adaptação ao meio, intervêm a consciência de si e do meio, ambas orientadas pelo sentir; sentir felicidade ou tristeza, desconforto ou prazer, constrangimento, afirmação, ou o luto pela perda do objecto de amor (Damásio, 2003). É graças a essa consciência de si e do outro, de que falava Damásio,(2003) que temos a possibilidade de reconhecer o nosso instinto de auto-conservação, o interesse por quem somos, pelos outros e pela aprendizagem de uma vida melhor (citado por Rotbard, 2006).

Mas como começa o sentir? O que regula a capacidade de sentir? O que origina a possibilidade de sentir harmónica ou desarmónicamente? O que constrói o caminho para esta interiorização do Eu e do Outro?

Spitz, (1968), parece responder a esta questão, ao falar da importância das primeiras relações para a sobrevivência do bebé e para a facilitação do seu desenvolvimento psíquico e somático, em que o objecto libidinal é visto, antes de mais, do ponto de vista do sujeito. Grande parte do primeiro ano de vida da criança, se consagra, segundo ele, à luta pela sobrevivência, tanto quanto à formação e elaboração dos meios necessários para prosseguir nessa luta.

Já Freud, (1905), nos chamava a atenção para o facto do recém-nascido, nessa fase da vida, não ter defesas e ser incapaz de assegurar a sua sobrevivência por meios próprios. É a mãe que lhe fornece o que lhe falta e que responde às suas necessidades. Na medida em que os recursos potenciais do bebé são estimulados para o desenvolvimento durante o seu primeiro ano de vida, ele terá maiores hipóteses de se autonomizar do meio que o rodeia. O mesmo, acontece ao desenvolvimento psicológico e somático da sua personalidade. (citado por Spitz, 1968).

Voltando à necessidade básica de sobrevivência, esta parece afectar de imediato os sistemas nervoso, imunológico e endócrino da criança. Quanto melhor for a resposta do cuidador às necessidades básicas de alimentação, de protecção e de contacto do bebé, maior será o equilíbrio e a regulação homeostática do mesmo. Assim, o primeiro tipo de sentimento que a criança parece ter é o de prazer ou de desprazer, na relação com a mãe, consoante as, maiores ou menores, possibilidades e capacidades de resposta que esta demonstra às suas necessidades básicas. A relação estabelece-se primeiro por via do contacto oral da criança com o seio materno que supre assim a sua necessidade básica de alimento. Parece ser através deste primeiro contacto que se dá o primeiro comportamento dirigido e não intencional do recém-nascido.

Spitz, (1968), defendia que a cavidade oral, (através da língua, dos lábios, das bochechas, das vias nasais e da faringe), é a primeira superfície a ser utilizada para a exploração e para a percepção tácteis, sendo particularmente bem dotada para este efeito por representar, por via dos sentidos, o toque, o sabor, o calor, o frio, o odor, a doçura e mesmo a sensibilidade profunda implicada no acto de engolir. Para o autor, toda a percepção dependente do canal da cavidade oral é ainda do domínio da percepção por contacto, fundamentalmente diferente da percepção à distância, assim como o são entre si a percepção visual e auditiva. Defende, no entanto, a importância básica da passagem da percepção por contacto à percepção à distância e da percepção táctil à percepção visual para o são desenvolvimento do recém-nascido. Consequentemente, quando o bebé mama no seio da sua mãe, não só o sente oralmente, como vê a face materna. A fusão entre a percepção por contacto e a percepção à distância opera-se neste momento e ambas se tornam parte integrante da mesma experiência. Esta passagem permite ao bebé experimentar o contacto em que a percepção gratificante é perdida e reencontrada várias vezes durante a mamada, quando perde e reencontra o mamilo da mãe, o

que vai permitindo que entre cada intervalo de perda e de reencontro, a percepção à distância do rosto materno se vá estruturando. À medida que estas experiências se vão sucedendo, a criança começa a contar com a sua percepção visual que vai sendo cada vez mais constante e satisfatória no estabelecimento do vínculo com a figura materna.

Surge assim o apelo às origens da constância objectal (Hartman, 1952) e da formação do objecto. Deste desprezioso começo, as relações objectais, conscientes ou inconscientes, vão-se desenvolvendo ao longo dos meses e anos que se seguem, englobando não apenas as funções perceptivas, mas também as vastas funções psicológicas definidoras do ser humano (citado por Spitz, 1968).

Para Spitz, (1968), os afectos não existem enquanto tal, nos primeiros momentos de vida humana. O que existe são sensações de excitação (enquanto qualidade negativa) ou de quietude, esses sim, precursores dos afectos. A natureza rudimentar destas sensações prévias à constituição dos afectos, não as torna, por isso, menos eficazes. A pressão exercida por essas experiências primitivas pode ser brutal mas leva seguramente à adaptação. Os atrasos frequentes entre o surgimento da necessidade do bebé e a resposta materna à mesma, têm um papel fundamental no desenvolvimento adaptativo. A frustração que decorre desses atrasos está na origem do comportamento adaptativo e do mais importante dos seus mecanismos: os traços mnemónicos e a memória.

No primeiro estágio de desenvolvimento da percepção primária mediatizada pela cavidade bucal, assistimos aos constantes fluxos e refluxos de dois afectos primários, o prazer e o desprazer ao ritmo alternado da necessidade crescente e da sua satisfação. A zona oral, parece assim preencher duas funções fundamentais para a sobrevivência: a da incorporação que assegura a sobrevivência individual e a percepção que se ramificará em cinco modalidades centrais (toque, gosto, odor, vista e audição) que asseguram a sobrevivência da espécie.

O aperfeiçoamento posterior da percepção surge inequivocamente associado à afectividade se considerarmos as diferentes etapas do desenvolvimento e a sequência da génese evolutiva da percepção à distância, da discriminação diacrítica e da resposta ao sorriso.

Experiências feitas com adultos, demonstraram que a necessidade (prévia ao afecto) invade, deforma a percepção e deturpa a realidade em algo parecido com a realização do desejo (Bruner e Goodman, 1947; Levine, Chein e Murphy, 1942; Sanford, 1936, 1937), citados por Spitz, 1968). O afecto influencia a percepção, exclui alguns objectos da percepção, enquanto acentua outros (Laforge, 1930, citado por Spitz, 1968). Os afectos determinam a relação entre percepção e cognição (Spitz, 1968).

Por sua vez, a sobrevivência depende da capacidade de adaptação ao meio e da conservação da identidade, "*mais importante do que o princípio do prazer é o princípio da conservação da própria identidade*" (Rof Carballo, 1954).

Torna-se assim indispensável reflectir sobre a influência que a necessidade de sobrevivência tem no sistema representativo do sujeito, através da imagem que o mesmo tem do seu próprio corpo, das suas memórias afectivas e da sua noção de espaço e de tempo. No fundo, para uma análise psicossomática do paciente é fundamental observar a sua relação com o meio e a relação do meio com o próprio. Ao observarmos um paciente, devemos ter em conta que temos à nossa frente um sujeito *psico-bio-social*, com uma patologia não apenas psicológica ou orgânica mas fruto de muitas outras variáveis.

Susana Rotbard, (2006), faz renascer o conceito de "*Urdimbre*", defendido por Rof Carballo (1954) que designava a cadeia existente entre genes, meio ambiente, cultura, família e época histórica como determinante para o funcionamento *bio-psico-social* do sujeito. A autora, (2006), propõe-nos, para um entendimento mais profundo da génese sintomática do sujeito, a observação da *Posição subjectiva vincular*, posição que o paciente ocuparia na família, em criança, ao nível da gestão dos seus ritmos, do seu tempo interno, do espaço e da psique.

Estaria o seu ritmo de acordo com a sua identidade, ao nível da gestão do tempo e do espaço? Como funcionava o paciente no seu modo de relacionamento com o mundo, que posição ocupava na teia das suas relações pessoais, como geria o seu modo de dar e receber, mandar e obedecer, pedir e tomar, agir e esperar? Que vínculos estabeleceu desde cedo com as figuras significativas? E com base nisso, o que aprendeu a procurar na relação com o outro? Aceitação, orientação, confronto, submissão?

Para Susana Rotbard, (1996), a patologia da sobreadaptação nasce da necessidade de sobreviver anímicamente. A falta de identidade estruturada ou a incapacidade adaptativa desencadeiam, em muitos casos, a patologia do biológico. Parte da cura terapêutica depende da construção de uma posição reencontrada com a própria identidade, inabalável na continuidade da vida, equilibrada na corrente do quotidiano, em que o sujeito deixa de cair na adaptação, geradora de subserviência, apatia e perda de si e na desadaptação, geradora de violência externa ou interna.

□ ***Interação entre Corpo, Cérebro e Meio***

Susana Rotbard, (2006) recorda-nos, ao falar de organização psicossomática, que o organismo vive de uma relação dinâmica com o meio ambiente, em que sistemas nervoso e endócrino interagem entre si, actuando sobre o funcionamento psicossocial e imunitário. A sobrevivência do sujeito dependeria da adaptação ao meio (através da memória mental e imunológica) e da auto-protecção contra ameaças internas (desagregação, desintegração e desfragmentação psicológicas) e externas (germes tóxicos, mudanças climáticas e stress).

O corpo e o cérebro apresentam-se assim como um organismo indissociável, em que sistemas imunológico e neurológico se ocupam do processamento de informação, reconhecem novos estímulos através da associação a algo retido na memória, são determinados pelo código genético, são modificados na sua reacção e estrutura por influências ambientais e apresentam capacidade de habituação ou tolerância, para além de promoverem uma consciência interna e externa, de si e do outro. As duas vias de ligação entre corpo e cérebro passam pelos nervos periféricos, sensoriais e motores, (que transmitem sinais a todas as partes corporais e cerebrais) e pela corrente sanguínea, que transporta sinais químicos, através das hormonas, dos moduladores e neurotransmissores. A sobrevivência depende da existência de acções, de imagens, da consciência que associada às emoções resulta na capacidade de sentir e da capacidade simbólica do sujeito.

As sensações fazem parte da estruturação cognitiva e da vivência afectiva da experiência de cada sujeito. Por via da imaginação, o paciente faz sobressair vários aspectos do seu mundo interior, seja através da expressão dos signos que o caracterizam, seja através do sabor, da textura, do cheiro, que fazem evocar nele os sentidos perceptivos primitivos do gosto, do toque e do odor, seja através das associações derivadas que os mesmos desencadeiam por meio de recordações ou fantasias. O sujeito passa por uma alteração do seu funcionamento psicossomático, quando reprimida a capacidade projectiva, em que o conteúdo do seu mundo interno se torna repetitivo, sem cariz simbólico, os afectos tornam-se neutros, a temporalidade vivida sem passado ou futuro, em que o que existe é a vivência de um presente repetido, pobre, sem descoberta e uma gestão espacial confinada às exigências de uma realidade rígida, invasora da sua individualidade e destruidora da sua capacidade de se discernir enquanto ser autónomo, diferente do outro, possuidor de um mundo interior não fundido com o mundo externo, impossibilitante e promotora de distúrbios psicossomáticos e de doença orgânica. A ruptura de continuidade entre o sonho e a vigília desencadeia um processo de recalçamento da função do imaginário, que impede o apaixonamento pela condição de estar vivo e o substitui por uma imaginação superficial e realista, por um conformismo social que substitui a subjectividade e o desejo individuais.

“ Na ausência de mente (...) existe apenas o corpo fisiológico e a operacionalidade cognitiva (...). Assim, a monotonia e degradação entrópica emparelham na determinação inexorável para a morte psicossocial e biológica” (Matos, C. 2003).

O suporte terapêutico deve assim promover a quebra da carapaça repressora e adormecedora da mente e dar lugar à recordação afectiva, perceptiva e sensorial, a uma alternativa terapêutica aliciante e estimulante que despertem o paciente do torpor e da passividade em que foi enclausurado pela repressão da sua subjectividade, da sua capacidade onírica e imaginativa .

O aspecto sociocultural da sua estrutura simbólica deve igualmente ser analisado. É importante promover, terapeuticamente, a possibilidade de ajudar o paciente a descobrir uma forma de ressentir o corpo enquanto realidade cheia de

significação relacional, em que se tenta, através da observação, escuta e interpretação, entender e aceder ao registo simbólico recalcado, representado pelo sintoma corporal.

Mellita Sperling, diz-nos que a doença psicossomática surge no seguimento de uma inversão pulsional sobre o organismo. Em vez de haver uma descarga pulsional para o exterior, dá-se uma implosão que contamina o soma e promove o act-in, ou seja, o acto é dirigido para dentro, por intermédio dos órgãos internos, em que o factor principal e prevalecente é a descarga agressiva, por meio do sistema neurovegetativo, sobre os órgãos. Neste enquadramento, Sperling diz-nos que a doença psicossomática é, nesta perspectiva, a antítese da passagem ao acto agressivo orientado para o exterior (citado por Matos, C. 2003).

2.5. Teoria Psicossomática de António Coimbra de Matos.

Coimbra de Matos, (2003), defende que a aproximação da patologia psicossomática à histeria de conversão tem sentido teórico e clínico se levarmos em consideração que a separação, por um lado, entre inervação autónoma e relacional, e por outro, entre lesão e alteração funcional, não é isolada, precisa nem definitiva.

O autor, chama-nos igualmente a atenção para o facto de o significado simbólico do sintoma não ser apenas emblemático da histeria, visto que se revela frequentemente em doenças psicossomáticas bem identificadas e que por vezes, as explicações acerca dos significados simbólicos das doenças ou dos sintomas conversivos revelam-se insuficientes e pouco convincentes.

Ora, se tal é manifestamente insuficiente, resta, segundo Coimbra de Matos, a reflexão sobre o conflito intrapsíquico como factor etiológico, que, sendo "*causa desencadeante, de manutenção ou de agravamento(...)*" comum tanto, à histeria como à doença psicossomática, não é elemento único, nem mesmo o mais importante, pelo que, concluir que a doença psicossomática surge como expressão simbólica do conflito intrapsíquico é manifestamente insuficiente para a elaboração de uma teoria consistente sobre a psicossomática.

Coimbra de Matos (2003), refere que a patologia psicossomática nem sempre se enquadra no modelo do pensamento operacional concreto, sem capacidade abstracta e que, quando assim é, existe uma causa primária originada pela repressão anterior à capacidade de representação psíquica e da sua elaboração no espaço - a repressão primária ou original. A consequência desta repressão interna ou recalçamento primário leva, segundo o autor, à constituição de um inconsciente primário produto das circunstâncias únicas e subjectivas da história de vida do sujeito submetido precocemente a uma depressão básica provocada pelo desinvestimento materno, o que provoca uma lacuna original ao nível da vitalidade e do entusiasmo.

O recalçamento primário é um mecanismo primitivo de defesa do Eu, pelo qual se dá a exclusão e não representação do acontecimento traumático, ficando apenas uma emoção desencadeada, os impulsos activados constitutivos do conteúdo de significado desconhecido do que foi precocemente recalçado e algumas impressões sensoriais, imagens soltas e reacções fisiológicas persistentes ou repetitivas (Matos, 2003). Deste recalçamento pode nascer uma de duas hipóteses: o afecto destituído de representação simbólica dissemina-se pela psique e pelo soma, desequilibrando o funcionamento orgânico, acumulando-se em "bolsas de contenção" que acabam por desencadear explosões emocionais e de passagens ao acto, ou "implodindo" sobre o próprio corpo, gerando lesão orgânica, o mesmo acontecendo aos impulsos que "descarregando" na conduta ou no organismo, persistindo em comportamentos compulsivos, ou actualizando perturbações somáticas crónicas. Da representação do vivido sobram apenas estilhaços dispersos impossibilitadores de uma reconstrução compreensiva do trauma vivido. Sem representação, não há fantasia, uma vez que *"não há fantasia responsiva do que não foi, nem é representado"* O recalçamento primário, ao contrário do recalçamento secundário, não resulta de uma acção defensiva do Eu, mas sim de uma defesa passiva para a qual é ininteligível o evento sofrido. A patologia psicossomática surge, assim, quando, por pressão do meio objectal, surge a repressão que leva à inibição da acção (resposta patológica) e à extinção do imaginário desejante enquanto sequela mórbida. A retracção vai assim aprofundando a sequência patológica (repressão/inibição/extinção do imaginário e do desejo), levando a um ciclo vicioso impossibilitador da libertação interna do indivíduo (Matos, 2007).

Esta falta de resposta ajustada, por parte da mãe, na primeira infância, leva a uma falta de bom objecto interno que faltando com o amor e olhar incondicional sobre a criança, acaba por provocar nela um clima interior de dor (depressão) ou de negação, (doença), levando à cedência e desvitalização física. Se a depressão for assumida como doença mental, existe a possibilidade de levar o sujeito a elaborar por meio da dor o reavivar da memória e, portanto, a dar sentido à sua tristeza e a “renascer” mental e emocionalmente. *...“É o deprimido, que sofre psiquicamente e tem possibilidade de vir a curar-se”.* (Matos, 2003). Se, ao contrário, houver negação da dor mental, passa a haver dor física com repercussões internas ou externas, através de “distímias irritadas e de descargas agressivas” que criam mau estar a quem está em volta. *“...É o depressivo, que adoece somaticamente e/ou provoca sofrimento nos outros”* (Matos, 2003).

Coimbra de Matos, (2003) defende ser graças ao agente patogénico que o sujeito é levado a recalcar maciçamente o seu desejo e encaminhado para uma hiperadaptação ao real. O sujeito é levado a agir de modo meramente funcional e adaptativo sem desejos nem sonhos, agrilhoando impulsos e medos. A sua potencial evolução fica reduzida a uma eficiência funcional de prestação de serviço à realidade circundante, em que fica desprovido de criatividade, esta, refém de medos e culpa. A libido esmorece, o erotismo e a sensualidade (encontro com os próprios sentidos, portanto, consigo próprio) desaparecem e surge uma desregulação do equilíbrio orgânico que orienta o indivíduo para um caminho de inabilidade. Na ausência de vida mental, surge o corpo funcional, do ponto de vista da pura execução de tarefas, da produção “coisificante” e do relato cinzento do concreto deixando, assim, de haver espaço para a evolução da sensibilidade criativa e da vinculação impulsionadora de descoberta, de construção e de partilha de afectos.

A doença psicossomática é originada por um processo intraprojectivo, implícito ou defensivo (abaixo do nível da consciência) mas fundamentalmente inconsciente em que se desencadeia um fenómeno de espectro, “em que não há luz total, nem escuridão total, umas vezes mais consciente, outras, mais inconsciente. (Matos, 2007). Através da “fenomenologia do espectro”, ocorrem alternadamente fenómenos inconscientes (abaixo do nível da consciência) e fenómenos conscientes que através dos mecanismos de defesa se tornam inconscientes. Estes

mecanismos de defesa podem ser o recalçamento, já falado, a clivagem vertical, pela qual, o indivíduo separa uma parte da sua identidade (lançando para fora) ou o

“split off”, através do qual a põe de lado (mas para dentro) e, por fim, o mecanismo da abolição, em que o pensamento passa pela consciência mas é imediatamente apagado. Quando muito, fica registado através de engramas. Este mecanismo é diferente da forclusão, em que o pensamento é deixado de fora, não chegando a entrar no sistema. A queixa fica arquivada mas é registada, embora a mente não se ocupe disso. (Matos, 2007)

Coimbra de Matos (2007) defende que no processo intrasubjectivo, há uma resposta ao stress mas subliminar, insuficientemente registada e que originará aquilo a que chamou a “tríade psicossomática”. A tríade subjacente ao funcionamento psicossomático divide-se em três aspectos:

- ✓ A Depressão falhada;
- ✓ O Sonho falhado;
- ✓ A Raiva amordaçada.

A depressão falhada, de raiz biológica e imunitária, é aquela que não se chegou a organizar mentalmente, é “uma depressão sem depressão” ou uma “depressão sem objecto” Neste tipo de Depressão, dá-se uma desaceleração dos sistemas biológicos de adaptação e um enfraquecimento da *auto-regulação homeostática*, assim como da *capacidade auto-reparadora do organismo*. (Matos, 2003)

A depressão falhada é anterior à representação mental do objecto investido, nela não é vivenciada a perda do objecto, nem do amor do objecto, mas sim, a ausência de resposta empática necessária e desejada. Este tipo de depressão, baseia-se na perda empática original, deriva de uma má resposta objectal. Sem amor, não existe a possibilidade de perdê-lo. A depressão fica por desenvolver, é a *depressão falhada*. “Se falham os indicadores emocionais, o indivíduo fica ao sabor dos impulsos (...) acting-out, (...) ou guiado pelos atractores, (...) comandado pelos outros, que captam o afecto positivo, deixando o self do sujeito inundado pela agressão que o objecto repele: acting-in, doença psicossomática”. (Matos, 2003).

A ausência afectiva, não elaborada psicicamente, leva à hipotonia geral e a perturbações de regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária.

Por outro lado, Coimbra de Matos, fala-nos da importância de despertar a vida mental do bebé pelo desejo apaixonado dos pais. Diz o autor que, sem este apaixonamento inicial, a vida mental da criança não se desenvolve, murcha o instinto vital, surge uma existência apática (Matos, 2003). Sem a experiência fundamental de ser amado, o indivíduo não evolui mentalmente, não desabrocha, não cria. Dá-se então o *sonho falhado*, a sobrevivência sem vida. Falta o "sonho-projecto". Resta a adaptação e o desenvolvimento cognitivo (Matos, 2007).

A clivagem entre razão e emoção, o desprezo pelo lado afectivo, o hiperinvestimento no real e no lógico desencadeia, segundo Coimbra de Matos, a *vulnerabilidade somática* (Matos, 2003).

E, por último, a *raiva amordaçada* que advém da frustração não vivida psicologicamente, que produz unicamente uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por excesso de tensão sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos. É a *raiva desconhecida*. (Matos, 2003). É a raiva sem efeito, traduzida na tensão biológica, na inibição do planeamento da acção, na inibição da própria acção.

Em relação à patologia psicossomática, Coimbra de Matos, diz-nos que o sujeito cresce por identificação maciça ao objecto ideal pré-concebido. Segundo o autor, (2003), estamos perante uma identificação projectiva desidentificante, isto é, o sujeito esvazia-se de conteúdo no objecto, o que significa a ausência de uma identidade própria, em que o self se encontra num outro ideal. Verifica-se a dependência destes indivíduos, embora este facto seja dissimulado pelo constante comportamento de ajuda face ao outro. São sujeitos extraordinariamente inseguros, mas essa insegurança, apresenta-se disfarçada pela adesão à ordem e aos valores (Matos, 2003).

São assim de duas ordens os factores psíquicos na patologia psicossomática:

- A falha na estrutura do self por ausência de resposta objectal ajustada e suficiente que leva a uma patologia de falha narcísica por falta de resposta do objecto (depressão crónica latente ou depressividade) que leva a um self empobrecido por uma relação parcialmente vivida e experimentada e desencadeia passagens ao acto agressivas e libidinais estruturadas numa instabilidade afectiva e relacional (*"Pode ser o ansioso que somatiza ou o regrado que adoce"*) (Matos 2003);
- Um universo cinzento, sem vida em que apenas existe uma pseudovitalidade operacional. Aquilo a que Coimbra de Matos chama *"o executivo não criativo"* (Matos 2003).

O psicossomático vive um impasse afectivo e relacional: não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação. " Com a arma voltada contra o próprio e o amor à deriva, o risco de doença e de morte é grande, o sofrimento inevitável e a qualidade de vida insuficiente" (Matos, 2003.)

2.5.1. Psicossomática, segundo Winnicott.

□ Soma e Psique

Observando a espécie humana, verificamos que o Homem é um Ser inteiro caracterizado pela sua existência corporal e psicológica.

Winnicott, (1990), propõe-nos uma observação completa da vivência humana através da qual é possível constatar a interacção entre soma, psique e mente, em que a mente desempenha um papel organizador da relação completa entre as duas primeiras.

As três vertentes da existência humana (soma, psique e mente) requerem o equilíbrio de instâncias sem as quais a saúde global do homem não existiria. No caso da saúde física, têm um papel fundamental a genética e o ambiente.

Quando a hereditariedade e a atitude dos prestadores de cuidados iniciais revelam ser suficientemente bons, o desenvolvimento físico manifesta equilíbrio e harmonia. A adequação dos ritmos biológicos, em que as transformações se dão no tempo, sem aceleração ou atraso, traduzem a evolução natural e sã do Ser físico. De forma equivalente, sustenta-se a saúde psíquica através da maturação emocional.

A boa saúde da psique reflecte a consonância entre o estado emocional do sujeito e a sua idade cronológica. Por seu lado, o intelecto, tal como a psique, depende de partes do cérebro. A qualidade cerebral influencia assim a base do intelecto. O intelecto não adoece mas pode ser explorado por uma psique doente. A psique, por seu turno, pode ela mesmo estar doente, deformada por falhas no seu desenvolvimento, independentemente da existência de um funcionamento cerebral saudável.

A herança e as contingências proporcionam um cérebro acima ou abaixo da capacidade média de funcionamento. Uma doença, um acidente, uma infecção durante a infância podem produzir um cérebro danificado com um funcionamento deficitário, o qual poderá atingir o intelecto e modificar os processos mentais. Poderemos ter, num extremo, uma criança com um Q.I. mais baixo mas que goze de boa saúde física e de um desenvolvimento emocional saudável e, num outro extremo, poderemos ter uma criança com um Q.I. excepcional que, embora engenhosa, possa estar muito doente e cujo o desenvolvimento emocional possa ter sido tão perturbado que a impossibilite de criar um projecto de vida seguro e autónomo.

□ **Doenças Somáticas**

Hereditárias	Surgidas antes do parto, após o nascimento ou mais tarde.			
Congénitas	Surgidas por anormalidades despoletadas antes do nascimento que dificultam o parto ou por sequelas do próprio trabalho de parto			
Deficiências de Nutrição ou de excreção	De calorías, de sais minerais, vitaminas	Perseguição (falha na criação)	Graus intermediários	Auto-infligidas
Acidente	Simples acaso, guerra	Perseguição (falhas na criação)	Graus intermediários	Auto-infligidas
Infestação Infecção	Simples acaso	Perseguição (falhas na criação)	Graus intermediários	Auto-infligidas
(Ainda por compreender)	Neoplasias, certas doenças infecciosas (ex. reumatismo agudo, coréia, etc.)			

Quadro 1 - Winnicott (1990)

Não existe uma explicação rudimentar das doenças psíquicas, salvo quando afirmamos que se deu uma perturbação no desenvolvimento emocional. Quando a saúde física não está em causa podemos classificar as doenças psíquicas como neuroses e psicoses. As dificuldades neuróticas surgem no âmbito das relações interpessoais da vida familiar, entre os 2 e os 5 anos de idade. Neste estágio, a criança enquanto Ser total vive no meio de outras pessoas, também totais, com as quais estabelece relações e vive experiências espontâneas de afecto. A neurose denuncia um desenvolvimento emocional estabelecido dentro dos limites normais das primeiras fases da infância.

A psicose origina-se numa fase da evolução prévia ao desenvolvimento total da criança e da sua visão total do mundo externo.

□ **Doenças da Psique**

Tipo	Estado clínico	Origem
Neuroses	Esquemas defensivos contra a ansiedade: fobias, histerias de conversão, neurose obsessiva, etc.	Ansiedades surgidas da vida instintiva, como ocorre entre pessoas.
Psicoses	Maníaco-depressivas Depressão Defesas contra-depressivas <i>Perseguição</i> : vinda de dentro Hipocondria: vinda de fora Defesa paranóide: retirada para o mundo interno.	Concern pelo amor implacável (ruthless). Reacção à perda de objectos. Concern quanto às consequências da agressividade.
Esquizofrenia	Defesas através de cisão Por desintegração Por perda do sentimento de realidade Por perda do contacto	Fracasso da adaptação materna nos estágios iniciais

Quadro 2 - Winnicott, 1990

Esta classificação, levada a cabo por Winnicott, (1990), teve como propósito uma chamada de atenção para a observação dos pontos de origem dos distúrbios do desenvolvimento emocional e para a utilização dos conceitos psiquiátricos mais conhecidos.

Calcula-se que toda a hereditariedade aconteça ao nível da condição física, mesmo quando o seu efeito é psicológico (por exemplo, a tendência para a depressão transmitida à criança por um dos progenitores).

A plataforma da psique é o soma, e em termos evolutivos, o soma foi o primeiro a chegar. A psique estreia-se como uma composição imaginativa das funções somáticas, tendo como função central a interligação entre as experiências

passadas, a consciência do momento actual e as expectativas em relação ao futuro.

O Self desenha-se nesta continuidade. A psique não existe fora do funcionamento cerebral. O legado de aspectos da personalidade e de disposições para determinados distúrbios psiquiátricos pertence ao soma, o que por vezes limita o trabalho psicoterapêutico. Esses limites têm pouca importância no tratamento de distúrbios neuróticos, apresentam maior significado no tratamento de psicoses e ganham importância no tratamento de pacientes sadios cujo funcionamento está mais próximo de ser o que o seu equipamento interno inicial lhe teria permitido.

Winnicott, (1990) recorda-nos que a herança de certas disposições para a doença se manifestam clinicamente mais tarde, o que faz com que, embora herdadas, não sejam congénitas.

Na investigação psicossomática, as crianças parecem ser a melhor fonte de material para o estudo das modificações dos tecidos e das funções corporais dependentes de fenómenos psicológicos, não apenas porque a condição infantil é mais simples, mas também porque os estados psíquicos dos adultos só podem ser entendidos à luz da infância desses mesmos adultos.

Para o entendimento da psicossomática, é fundamental entender as funções corporais do Homem, não esquecendo a sua condição de Ser total em que tecidos e funções do corpo são afectados pelas variações dos estados psíquicos. As primeiras questões a serem investigadas são as alterações das funções corporais referentes às condições físicas de actividade e de repouso.

As questões seguintes, referem-se a modificações subjacentes a excitações locais ou gerais. As excitações gerais caracterizam-se pelo estágio de preparação, de clímax e de recuperação. Não é possível investigar a excitação geral do corpo sem considerar que a fisiologia humana só pode ser estudada dentro do contexto da psique total. Quando a psique é aceite como um todo, a fisiologia passa a poder focalizar-se nas alterações específicas relativas às emoções, aos sentimentos e afectos que dependem da especificidade da fantasia e da subjectividade de cada sujeito.

Para quem estuda psicossomática, é importante acrescentar à anatomia e à fisiologia da acção, o significado dessa acção para o sujeito. A fisiologia acaba assim por fundir-se suavemente com a psicossomática, que inclui a fisiologia das mudanças somáticas associada às pressões e tensões da psique.

2.5.2. Psicossomática e Fibromialgia.

□ *Pensando a dor*

É sabido que pode existir dor sem lesão ou lesão sem dor. O que aqui nos interessa é pensar a dor sem aparente lesão.

Constatamos diariamente que não existe uma relação constante e previsível entre dor e lesão.

Vários estudos psicológicos e antropológicos têm vindo a revelar que a dor não depende apenas do grau do dano orgânico e sim, que a intensidade e as características da dor que se sente são também influenciadas por experiências precedentes, as memórias que delas temos e a capacidade de compreensão das suas causas e conseqüências. O próprio ambiente cultural em que somos criados desempenha um papel fundamental na forma como reagimos e sentimos a dor.

A compreensão da percepção dolorosa vai além da problemática da lesão e dos estímulos sensoriais da dor. O estudo da percepção dolorosa permite um maior entendimento sobre a imensa plasticidade do sistema nervoso e as diferenças individuais que fazem com que cada indivíduo reaja ao meio de forma única. (Melzack, 1961, citado por Melzack & Wall, 1982).

Os factos revelam que a dor é muito mais variável e alterável do que se pensava, divergindo de sujeito para sujeito e de cultura para cultura. Estímulos que desencadeiam uma dor insuportável num indivíduo podem ser suportados sem queixa por outro (Melzack & Wall, 1982).

Em certas culturas, as cerimónias de iniciação e outros rituais incluem experiências que para nós seriam impossíveis de aguentar mas que diversos observadores têm verificado ser perfeitamente suportáveis para os sujeitos

inseridos nesses meios culturais, por vezes, nem havendo percepção de qualquer tipo de dor, por parte dos mesmos.

A percepção da dor não pode, assim, definir-se apenas por tipos particulares de estímulos. Trata-se sobretudo de uma experiência pessoal que varia segundo a aprendizagem cultural e segundo o significado atribuído à situação, assim como, de factores puramente individuais. Se o sujeito concentra a atenção numa situação potencialmente dolorosa, tende a sentir dores mais intensas do que o normal.

Hall e Stride (1954) verificaram que a simples presença da palavra «dor» na folha de instruções apresentada a sujeitos em experiência, fazia com que os mais ansiosos sentissem dor para uma intensidade de choque que não percebiam quando tal palavra era omitida (citado por Melzack & Wall, 1982). A expectativa da dor aumenta, por si só, a ansiedade e conseqüentemente a dor sentida.

Por outro lado, Hill, Kornetsky, Flanary e Wilker (1952 a,b) demonstraram que, quando se acalmava a angústia, dizendo à pessoa que seria capaz de controlar os estímulos, a percepção da dor para um determinado nível de calor ou de choque eléctrico era menor do que no estado de acentuada ansiedade (citado por Melzack & Wall, 1982).

A distração pode diminuir ou abolir a dor, ao contrário da atenção sobre a mesma. Assim se explica que desportistas sejam gravemente feridos durante o calor da competição e nem se apercebam, como acontece com jogadores de futebol ou boxeers, por exemplo. A vítima de dor crónica pode aprender a concentrar-se deliberadamente em actividades que se tornem absorventes ao ponto de sentir a dor atenuada ou até mesmo de deixar de senti-la.

Num estudo feito com música e «ruído branco» (extenso campo de frequências sonoras) demonstrou-se que os indivíduos aprendem rapidamente a utilizar os influxos auditivos para acalmar a dor. Nesta experiência (Melzack, Weisz e Sprague, 1963), uma das mãos dos sujeitos era mergulhada em água gelada, o que geralmente causa uma dor intensa e profunda, suportada só por algumas pessoas durante pouco minutos. No entanto, quando lhes foi dada a oportunidade de ouvir música e ruído branco não ficaram passivamente sentados a escutar; marcavam o compasso com o pé, cantavam em voz alta e mudavam continuamente o volume sonoro do aparelho com a finalidade de distrair a atenção da dor (citado por

Melzack & Wall, 1982). Segundo, Melzac, Weisz e Sprague, (1963) a distração da atenção, porém, só é eficaz quando a dor é constante ou se intensifica lentamente (citado por Melzack & Wall, 1982).

□ **Dor Crónica**

A dor crónica, que subsiste depois de ter deixado de cumprir uma função, deixa de ser um simples sintoma de doença para passar a ser um verdadeiro síndrome; problema médico que exige atenção constante, conduz ao abatimento e leva frequentemente a uma depressão profunda.

Para o diagnóstico, tratamento e prognóstico, é essencial reconhecer que os tratamentos, usualmente eficientes no combate à dor aguda, não o são necessariamente no combate à dor crónica. A dor geralmente associada à procura de um tratamento e de condições óptimas de restabelecimento, torna-se então refractária. Um sentimento de impotência, de desespero e de absurdo invade os doentes. A dor torna-se insuportável e inútil, portanto execrável.

Bónica, (1953, 1974), teve o mérito de identificar a dor crónica, como entidade médica distinta requerente de exames e de tratamento especiais (citado por Melzack & Wall, 1982). Este tipo de dor parece desafiar médicos e profissionais de saúde devido à sua irredutibilidade.

Em caso de dor crónica, o comportamento do doente muda ao longo dos meses seguintes ao aparecimento da dor ligada ao estado agudo. Dor e queixas persistem sem abrandamento e o sujeito passa a ter como actividade principal encontrar o tratamento adequado. Por outro lado, o paciente apresenta todos os sinais de uma depressão evolutiva. Passa a haver uma desaceleração mental e física e o interesse pelo mundo envolvente decresce. A este cenário junta-se a obstipação, a perda de libido, a alteração dos hábitos de sono e a perturbação das relações socio-familiares. Há um certo desequilíbrio entre a importância da dor e a importância do traumatismo. É inútil dizer que parentes e médicos, desiludidos pela sua incapacidade em prestar auxílio ao doente, começam a suspeitar de que «tudo vai bem». Afirmar que «tudo vai bem» a uma pessoa que sofre, é o mesmo que dizer que se tudo está bem fisicamente, é porque algo vai mal mentalmente. Examina-se então o sujeito para determinar se o seu comportamento mórbido tem uma causa psicológica. Que vantagem retira ele desta forma de comportamento

anómalo? Recebe mais atenção e afecto do que antes? Evita assim o stress da vida corrente ? Beneficia de uma pensão ou de um seguro? Tais considerações desagradáveis podem influenciar os observadores e levá-los mesmo a abandonar os doentes.

É urgente aceitar que a dor crónica raramente deriva de uma causa única sendo antes o resultado de uma multiplicidade de factores e de elementos físicos e psicológicos que vão agindo uns sobre os outros, favorecendo o aparecimento da dor.

O diagnóstico de doença crónica tem repercussões indiscutíveis na vida dos pacientes. No caso da fibromialgia, tendem a observar uma diminuição significativa da sua condição de vida, que julgam inferior à das pessoas ditas saudáveis e, mesmo, à de outros doentes crónicos. O facto de muitos pacientes não parecerem estar doentes, a não existência de alterações objectivas ao nível das articulações ou tecidos moles, a não especificidade (ou mesmo normalidade) dos resultados dos exames complementares de diagnóstico e os resultados contraditórios na tentativa de validação das medições de incapacidade neste distúrbio reforçam as reservas sentidas. (Quartilho, 1999, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005). Uma parte dos pacientes altera o seu estilo de vida, especificamente, suspendendo ou alterando as suas actividades profissionais. No entanto, muitos destes sujeitos conseguem viver satisfatoriamente, apesar das dificuldades sentidas.

Alguns autores, como Henriksson e Burckhardt (1996, cf. Quartilho, 1999, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005) sublinham a enorme oscilação, referente à vivência dos sintomas e incapacidade, nos pacientes com fibromialgia, o que aponta para uma interacção entre factores individuais e ambientais.

□ *A Dor em Fibromialgia*

É clara, em inúmeros estudos, a existência de uma potencial relação entre fibromialgia e distúrbios psicopatológicos, tanto quanto, a falta de acordo em relação ao seu funcionamento.

- Serão os distúrbios do foro psicológico, reacções decorrentes da dor crónica?
- Serão os sintomas da Fibromialgia consequentes de um distúrbio psiquiátrico?
- Existirá uma relação obrigatória entre eles?

Kurtze e Svebak (2001) revelam dificuldade na distinção entre fibromialgia e outros síndromas funcionais somáticos e desordens psiquiátricas, como a depressão e a ansiedade, o que é agravado pelos estados de stress e de ansiedade quotidiana nestes pacientes, uma vez que o sofrimento emocional ligado à dor física impossibilitante, à incerteza diagnóstica e às terapêuticas inoperantes, contribui para o aumento e manutenção do quadro patológico (citados por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

O afecto negativo está intimamente ligado à redução da função imunitária, e, como consequência, ao estado geral da saúde (Cronan e Bigatti, 2003, citados por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Quartilho (1999) demonstra uma incidência de 20 a 70 % de depressão ao longo da vida destes pacientes (citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Depressão e fibromialgia mantém relações polémicas, sobretudo, quanto a uma possível ligação causal. A depressão decorre da fibromialgia?

A depressão na fibromialgia pode dever-se a inúmeros factos: um prolongado período de indefinição quanto ao diagnóstico, o desrespeito pelo tratamento médico, o luto decorrente de uma doença crónica, o fraco suporte social, a perturbação de sono e a comorbilidade de outras patologias (NFA; Denoon, 2003, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Um outro panorama, com a fibromialgia, pelo facto de exibirem antecedentes de (Matela et al., 2005).

Yunus (1999, CF. Quartillo, 1999, citado por Matela et al., 2005).

□ **Definição de Fibromialgia**

A fibromialgia define-se por um conjunto de sintomas (dor crónica e generalizada, maior), fadiga fácil e rigidez matutina distribuídos bilateralmente, com alterações de libido. Muitas vezes há alterações de padrões atípicos de padrões de sono, sensibilidade ao frio, Fatores de risco na articulação temporomandibular funcional (sintomas musculares, emocionais, melhorando com o tratamento). (Quartillo, 1999, citado por Matela et al., 2005).

□ **Epidemiologia**

Os doentes com fibromialgia são mais frequentes em mulheres, variáveis, assim como em doentes com dor crónica, cerca de 8 mulheres para cada homem em consultas de reumatologia, ainda que a faixa etária seja semelhante.

□ **Diagnóstico**

O debate médico sobre o diagnóstico de fibromialgia, distúrbio, e a presença de sintomas sistémicos, como eritematoso sistémico, é importante para que, entre a maioria dos doentes, se possa identificar o diagnóstico correto.

cerca de 5 a 8 anos. (Kossof, 1999; NFA, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005). Para estabelecer o diagnóstico é necessária a presença de pelo menos 11 dos 18 pontos dolorosos à pressão digital bilateral.

□ ***Dificuldades no Diagnóstico***

- Os exames auxiliares de diagnóstico não apresentam qualquer alteração.
- Laboratorialmente existe normalidade no hemograma, nas proteínas de fase aguda e nas provas de função tiroideia.
- Não se detectam no soro factores reumatóides nem anticorpos antinucleares embora não seja surpreendente que tal possa acontecer uma vez que a FM pode estar associada a doenças difusas do tecido conjuntivo.
- A biópsia muscular apresenta-se normal.
- O electroencefalograma pode apresentar influencia de ondas alfa (rápidas) na fase N-REM (ondas lentas, delta) do sono.

□ ***Quando e como surge. Início e formas de apresentação***

Existem, segundo Gilliland, (1998), potenciais desencadeadores do distúrbio, como o stress emocional, a doença clínica, a cirurgia, o hipotiroidismo e o traumatismo (citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Wolfe, (1990, cf. Quartilho, 1999, citados por Sá, Veiga, Matela et al., 2005), distinguiu cinco formas distintas de início de fibromialgia:

1. Início na infância e na adolescência;
2. Início na idade adulta, habitualmente com antecedentes caracterizados por múltiplas queixas músculo-esqueléticas;
3. Início insidioso na vida adulta;
4. Início na sequência de um acontecimento despoletador, como por exemplo, uma infecção ou uma intervenção cirúrgica;
5. Início na sequência de um traumatismo físico ou emocional.

As formas de manifestação não obedecem a um padrão constante. Os doentes demonstram-se, em regra, muito lamentosos, com dor geral e difundida pelo corpo todo, revelando abatimento face à sua situação. Alguns acusam dor lombar, outros rigidez no pescoço mas o aspecto corrente é a dor contínua, como “ uma

queimadura corrosiva, ou como uma dor constante e incómoda” (Gilliland, 1998, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

□ ***Como evolui: Desenvolvimento e prognóstico.***

As remissões não são comuns, embora certos doentes revelem algumas melhorias quanto ao grau de dor e de fadiga. A idade de início da doença, o exercício físico adequado, a ausência ou baixo nível de ansiedade, as formas de lidar com a dor e o estado funcional do paciente, são determinantes na evolução de cada caso.

A conquista de uma pensão por incapacidade pode levar à interiorização de um sentido de vida que se, por um lado, pode trazer ganhos secundários, por outro deturpa as relações inter e intrapessoais do paciente.

A fibromialgia parece ocorrer em famílias determinadas, e os cientistas exploram a hipótese de existência de uma vulnerabilidade genética que sendo activada por um acontecimento traumático, desencadearia a doença. (Kossoff, 1999; NFA citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

□ ***Abordagens Terapêuticas***

A combinação de programas de exercício físico, o controlo da dor, o tratamento do sono, o apoio psicológico e terapias complementares, parece ser a melhor estratégia para esta doença que afecta o paciente a nível físico, psicológico e social.

Grande parte destes pacientes apresentam uma atitude defensiva, ansiosa, agressiva ou, mesmo, desesperada, revelando a necessidade de uma atitude compreensiva e empática por parte dos médicos, que desde o primeiro momento, promova um relacionamento de confiança.

É essencial a partilha de informação entre médico e doente, assim como a explicação de que a fibromialgia não é uma doença degenerativa ou deformante e que existem terapêuticas eficazes de forma a que a pessoa sinta que tem um papel de relevo no processo terapêutico e que é possível sobrepor-se à doença, melhorar a sua evolução, alterar o prognóstico e assumir a sua quota de responsabilidade no

tratamento e recuperação (Leitão, 2002; Branco, 1997, citados por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Os programas de exercício físico deverão beneficiar actividades aeróbicas regulares, graduais, ocupando inicialmente 20 a 30 minutos, 3 a 4 dias por semana. São também aconselhados alongamentos por forma a manter a tonicidade muscular, diminuindo a dor e rigidez. O tratamento da dor passa pelo uso de terapêutica farmacológica, nomeadamente pelo uso de anti-depressivos que, prescritos em baixa dosagem, ajudam a melhorar o sono e a diminuir a dor. Medidas locais como calor, massagem, e injeção localizada de esteróides e lidocaína, podem aliviar, ainda que temporariamente os sintomas (Gilligan, 1998, NFA, citados por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Os hábitos de sono deverão ser adaptados a esta nova realidade. Deitar e acordar à mesma hora, longe de ruídos e distrações, num ambiente relaxado, assim como evitar a cafeína, açúcar, álcool e refeições pesadas antes de dormir, deverão fazer parte da rotina.

O apoio psicológico deverá ajudar o paciente a adaptar-se a esta outra forma de vida. O confronto emocional, subjacente às pequenas incapacidades que vão surgindo, a crescente frustração e desânimo (que pode levar a um vazio aflitivo entre a memória de vida anterior, a vida actual e o desejo de vida sonhada) têm de ser transformadas em contexto psicoterapêutico. Este apoio deve ser transformador e transformante e não apenas amenizador de sintomas. (Sá, E. et al. 2005).

Embora não se neguem os sintomas nem a dor, a verdade é que não se encontram explicações diagnósticas laboratoriais, causas etiológicas e fisiológicas. O diagnóstico pode ser variado, dependendo da especialidade médica a que o paciente recorra: nas infecto-contagiosas, é portador de síndrome de fadiga crónica, na gastroenterologia, tem síndrome de cólon irritável, na reumatologia, pode ser diagnosticado como portador de fibromialgia.

A urgência de mais estudos, nomeadamente dos que permitam obter uma perspectiva cultural da dor, fundada nos seus aspectos psicossociais apresenta-se relevante. Os antecedentes psiquiátricos, as experiências de trauma, os constrangimentos familiares, a gratificação profissional e os problemas financeiros, mereceriam particular destaque. (Sá, E. et al. 2005)

Não fará sentido conceptualizar uma abordagem psicoterapêutica mais focada nos conflitos internos, mentais, do que propriamente nos sintomas decorrentes da doença?

Há que distinguir entre um fenómeno psicopatológico conversivo (que converte um conflito mental numa queixa somática), um argumento psicossomático para uma doença enigmática, queixas monossintomáticas associadas à psicopatologia borderline, consequências psicológicas de quadros somáticos, como a diabetes, por exemplo, (somatopsíquicas, portanto), e quadros psicossomáticos.

Estes, independentemente da problemática médica que apresentem, caracterizam-se por:

- Imaginário pobre (alexitimico), pouco metabólico na transformação de emoções e no enriquecimento da função simbólica (através de um pensamento expressivo e verbal);
- Grande contenção emocional (também descrita como equiparável a um controlo de esfíncter anal das emoções, tão depressa sentidas sob a ameaça de um risco de incontinência e a perpetuação de uma obstipação emocionais) que provoca uma progressiva desorganização dos ritmos biológicos, que se tornam submissos ao controlo das emoções e distorcidos por ele;
- Episódio traumático que precipita o embotamento emocional e a arritmia biológica, através de um sofrimento agudo que delapida a imunidade psicológica dos mecanismos de defesa e tem, como consequência, um efeito imunossupressor, podendo (através do papel do ACTH sobre a CRH) ser "...libertada em focos inflamatórios periféricos, onde exerce uma potente acção pró-inflamatória (Silva, 2004, citado por Sá, Veiga, Matela et al., 2005).

Os síndromas de cólon e de bexiga irritáveis, como a neurastenia que lhes é associada, indicam um quadro depressivo, onde a concentração de agressividade, domina qualquer expressão de afectos.

Síndromas ligados ao sistema nervoso simpático, podem surgir em momentos de tensão, nos quais se incluem os síndromas de esforço (artrite reumatóide, hipertensão, entre outras) e, (por que não?) a fibromialgia.

A fragilidade dos objectos internos (e, porventura, a ausência de bons objectos internos) gera um estado de desespero pela constante preocupação em não destruir a fragilidade que revestem e que gerou o sofrimento depressivo. A raiva, o medo e a culpa, viram-se assim, contra o próprio ego. Aderem de forma rígida (corporal ou mentalmente) a um esboço de vida falso, que não conseguem abandonar.

A denegação de qualquer tipo de ataque ou desejo de destruição face aos outros gera uma disposição eufórica, contrária à sua realidade, que se traduz na idealização primária, muitas vezes sob o aspecto de vítimas ou de mártires.

As queixas dos pacientes com fibromialgia apresentam-se frequentemente como manifestações somáticas de personalidades obsessivas, onde a contenção major da violência contida se associa, não raramente, a contrapartidas narcísicas (muito mais que ganhos secundários de natureza histriónica) que, em vez de se colorirem com episódios de angústia, concretizam a rigidez defensiva na rigidez muscular quase para-catatónica.

Já a bondade e o despojamento que estes doentes manifestam será, muito mais, um falso self do que um gesto espontâneo de autenticidade, servindo para retirar ganhos, que compõem a imolação pelo sofrimento, que estes doentes manifestam, tiranizando todos os seus objectos de relação.

No diagnóstico da fibromialgia, a dor parece assumir-se como formação de compromisso entre os ganhos primários e secundários que mobiliza, e a absorção da hostilidade emocional que sustém.

As recorrentes idas a várias especialidades médicas e a negação de uma eventual componente psicológica sugerem que estes doentes agarram os sintomas da fibromialgia como se fossem o centro da sua vida, disfarçando uma tonalidade hipocondríaca com que poderiam ser interpretados e esbatendo, por vezes, uma tirania narcísica que a fibromialgia impõe por eles.

À medida que a dor crónica (expressão de sofrimento depressivo), tende a agravar-se, a carência de respostas familiares e os remedeios clínicos que encontram no médico agravam mais ainda a natureza abandonica do quadro depressivo, tornando-o mais irresolúvel (à medida que essa cegueira de respostas faz aumentar a hostilidade), transformando-se num muro relacional quando, de início, parecia ser a ponte para comunicar o sofrimento psíquico.

III. METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

3.1. Delineamento do plano de investigação

A curiosidade acerca do funcionamento psicossomático de pessoas com fibromialgia levou ao estágio na Associação Portuguesa de Miastenia Gravis e Doenças Neuromusculares, local onde foi possível contactar algumas utentes portadoras deste síndrome.

Começámos por agendar uma reunião com todas as utentes da instituição cujo diagnóstico fosse o da fibromialgia. Não houve uma grande adesão em virtude de muitas delas viverem longe de Lisboa e não terem meios de deslocação. Em conjunto com a Dr.^a Isabel Mega, membro da associação e médica de farmacologia no Hospital de Santa Maria, promovemos uma pequena apresentação teórica cujo início incidiu sobre os sintomas, epidemiologia e diagnóstico da fibromialgia, passando, em seguida, a uma breve reflexão sobre a doença, do ponto de vista psicológico, que sustentou a apresentação seguinte dos objectivos da investigação, dos exames e do acompanhamento temporário a que nos propunha, no âmbito da mesma.

Inscreveram-se cerca de nove utentes, tendo esta amostra ficado reduzida a oito, pelo facto de uma delas ter saído do país pouco tempo depois.

O atendimento às pacientes passou a ser feito uma vez por semana, durante cerca de três meses, ao longo dos quais, para além de ouvir e gravar as suas histórias de vida, depois do consentimento ter sido previamente autorizado pelas mesmas, foi aplicada uma bateria de testes que nos forneceu dados, mais quantitativos e objectivos, acerca das várias dimensões do seu funcionamento psicológico que pudesse, posteriormente, cruzar com a análise das suas histórias de vida.

Como a amostra não é significativa, limitamo-nos a fazer a análise de dois estudos de caso e a dar a conhecer os resultados dos testes das restantes doentes, informação da qual não poderemos retirar ilações generalizáveis à população de

pacientes com fibromialgia mas que poderá, quiçá, deixar uma porta aberta para uma investigação mais aprofundada desta matéria.

3.2. Descrição do material e dos instrumentos usados.

□ ***Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota – Mini-Mult***

Em virtude de existirem poucos testes na década de 30, S.R. Hathaway e J.C. McKinley, começaram por reunir itens de questionários já existentes para a elaboração de um novo inventário que pudesse avaliar a personalidade de forma prática, objectiva e multifásica. (Anastasi & Urbina, 2000) Com este inventário pretendiam os seus autores explorar o mais possível os diferentes aspectos da personalidade patológica e normal do indivíduo. O inventário inclui questões de testes pessoais clássicos, psiquiátricos, de atitudes e de interesses.

No início, o teste foi constituído por 550 itens de conteúdo variado, a que o sujeito tinha de responder de três formas distintas: ***“verdadeiro”, “falso”, ou “não sei”***.

Agruparam os 550 itens em 26 categorias, abarcando uma grande variedade de áreas (saúde, hábitos, relações familiares e sociais, crenças, aspectos culturais, escolares, de personalidade, entre outros).

Foi utilizada uma amostra de 800 pessoas para a aferição do teste, as quais, sofriam de problemas mentais. Os sujeitos foram criteriosamente seleccionados e os diagnósticos considerados relativamente isentos e claros. Grande parte da amostra era oriunda da Clínica Psiquiátrica Universitária do Minnesota mas o grupo de controle era composto por sujeitos, parentes dos doentes não psiquiátricos dos hospitais de Minneapolis. Agruparam os 800 indivíduos segundo o diagnóstico clínico que apresentavam e que abrangiam os seguintes :

- Hipocondria
- Depressão melancólica
- Histeria de conversão
- Personalidade psicopata
- Paranóia

- Psicastenia
- Neurose Obsessiva
- Esquizofrenia
- Hipomania

As 550 questões foram agrupadas primeiro para o grupo nosológico e em seguida para o grupo de controlo retendo como constituintes da escala as questões que tinham um valor discriminativo significativo entre os dois grupos. Dada a extensão do instrumento e a sua morosidade, os investigadores recorreram a uma forma mais abreviada que já fora elaborada anteriormente, o mini-mult. Esta versão resumida é constituída por 71 questões, 3 escalas de validade e 8 escalas clínicas.

Eis as escalas de validade:

- **Escala L:** constituída por 15 questões, medidas pelos autores com o intuito de averiguar se o sujeito admite um comportamento não ajustado. Os itens referem-se a situações socialmente desejáveis mas raramente aceites.
- **Escala F:** compreende 64 questões de baixa frequência de respostas, nas quais determinado número de indivíduos está de acordo. Permite identificar em várias dimensões, comportamentos, experiências e pensamentos atípicos.
- **Escala K:** compreende 30 itens seleccionados e não identificados. Pretende explorar a atitude do sujeito face aos seus sintomas, possibilitando a identificação de factores discretos mas eficazes, aumentando a sensibilidade do instrumento e proporcionando um meio de correcção.

As escalas clínicas são:

- Hipocondria (Hs)
- Depressão (D)
- Histeria (Hy)
- Desvio psicopático (Pd)
- Paranóia (Pa)
- Psicastenia (Pt)
- Esquizofrenia (Sc)
- Hipomania (Ma)

Pode acontecer que para uma questão a resposta *SIM* apresente um valor favorável ao diagnóstico e que para outra questão a resposta seja *NÃO*. Com base nos procedimentos foram criadas 8 escalas patológicas.

Foi definida uma média de 50 e um desvio padrão de 10. Determinou-se que 70 equivaleria a um desvio padrão de 10, da média N, como limite de normalidade.

O Mini-Multe destina-se a indivíduos maiores de 16 anos cujo o nível cultural não seja baixo de forma a que não haja dificuldades na correcta leitura e interpretação dos itens.

As respostas são dadas segundo a opinião do sujeito que pode considerar cada questão Verdadeira ou Falsa.

Este inventário pretende fazer uma avaliação objectiva da personalidade para classificação diagnóstica e aproximativa do grau de severidade. Para tal, as notas brutas devem ser convertidas em totais brutos para que posteriormente se possa traçar o perfil e calcular os índices de validade.

□ ***State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.)***

O State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.) foi desenvolvido por Spielberg e colegas (Spielberg, 1985; Spielberg et al. 1983. cit. por Anastasi & Urbina, 2000) com a finalidade de se desenvolver uma escala única que permitisse medidas objectivas de auto-avaliação da ansiedade, tanto de estado, como de traço.

O State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.) compreende escalas separadas de auto-avaliação que medem os conceitos independentes da ansiedade: o estado e o traço.

Embora inicialmente tenha sido concebido como instrumento de investigação de fenómenos de ansiedade em adultos normais (sem alterações psiquiátricas), este inventário revelou ser útil para medir ambos os conceitos, tanto em estudantes do ensino secundário, como universitário ou em pacientes de diversos grupos clínicos.

A ansiedade enquanto estado, (A/E), revela uma condição emocional transitória do organismo humano, que se caracteriza por sentimentos subjectivos,

conscientemente percebidos, de tensão e apreensão, assim como por uma hiperactividade do sistema nervoso autónomo. Pode variar no tempo e conforme a intensidade.

A ansiedade/E é medida por 20 questões descritivas breves, às quais o sujeito deve responder referindo o modo como se sente no momento em que está a decorrer a prova. (Ex. "Sinto-me calmo").

As respostas são registadas indicando-se a intensidade do sentimento ("nada", "um pouco", "moderadamente" ou "muito").

A ansiedade enquanto traço, (A/T) sugere uma propensão ansiosa relativamente estável, isto é, uma tendência a responder perante estímulos percebidos como ameaçadores com elevada intensidade de Ansiedade/E.

Os sujeitos devem indicar o modo como geralmente se sentem, assinalando a frequência com que cada uma das 20 questões se aplica à sua situação ("quase nunca", "algumas vezes", "frequentemente", "quase sempre").

Exemplos de algumas destas questões são: "Eu tento ser rigoroso" ou "Eu sou uma pessoa estável".

Sujeitos com elevada ansiedade/T, tendem a manifestar resultados mais elevados de ansiedade/E pelo facto de reagirem a uma variedade mais ampla de situações como se fossem perigosas ou ameaçadoras. Estes indivíduos são especialmente sensíveis a situações interpessoais que se lhes apresentem como ameaçadoras para a sua auto-estima, tais como, uma avaliação de desempenho ou uma experiência de fracasso.

O facto da ansiedade/E aumentar numa dada situação, depende, todavia, da extensão em que o sujeito percebe a conjuntura como ameaçadora ou perigosa, com base em experiências pessoais passadas.

O questionário não tem tempo limitado e a pontuação final podem variar entre 1 e 80.

No sentido de diminuir o efeito de enfiamento de respostas por parte do sujeito, misturaram-se elementos de escala directa e de escala inversa nos questionários.

Na escala/ E (y-1), estão distribuídas 9 questões de escala invertida (valor de 4,3,2,1), sendo os restantes de escala directa (valor de 1,2,3,4).

A/E: 1,2,5,8,10,15,16,19,20 (4,3,2,1)

O mesmo acontece na escala/T (y-2).

A/T: 21,23,26,27,30,33,34,36,39 (4,3,2,1)

- **Pontos de Corte:**

Entre 20 e 29, considera-se inexistência de ansiedade E/T;

Entre 30 e 39, considera-se que há pouca ansiedade E/T;

Entre 40 e 59, considera-se que há ansiedade E/T moderada;

Entre 60 e 80, considera-se que há ansiedade E/T elevada.

O State-Trait Anxiety Inventory (S.T.A.I.) e a sua versão para crianças, State-Trait Anxiety Inventory for Children (S.T.A.I.C.), foram traduzidos em 43 línguas e dialectos e acumularam uma bibliografia de mais de 6000 estudos (Spielberg, 1989, Spielberg & Sydeman, 1994, cit. por Anastasi & Urbina, 2000).

□ ***Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.)***

O instrumento original foi criado em 1961, (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961. cit. por McIntyre&Araújo-Soares in. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Vol. VI, 1999), com o intuito de constituir uma abordagem objectiva de medição das manifestações comportamentais da depressão, (Cunha, Freitas e Raymundo, 1993), tendo sido mais tarde revisto e desenvolvida uma nova versão em 1971 que foi registada em 1978 (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, cit. por McIntyre&Araújo-Soares in. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Vol. VI, 1999).

Ao longo do tempo, o Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.) tornou-se um dos instrumentos mais utilizados, não apenas para avaliação da intensidade da depressão em doentes psiquiátricos, como também para a identificação de estados depressivos na depressão normal.

Considera-se que a depressão seja um distúrbio de humor muito comum em pessoas com dor crónica, embora as expectativas de incidência variem. Quanto à frequência do estado depressivo nestes indivíduos, os resultados de vários estudos revelam que a frequência deste em pessoas com dor crónica varia entre 31 e 100% (Romano & Turner, 1985, cit. por McIntyre&Araújo-Soares in. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Vol. VI, 1999) e que valores encontrados entre 50 e 65% constituem a norma (Flor et al., 1987. cit. por McIntyre&Araújo-Soares in. Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Vol. VI, 1999)

O inventário original compreende vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, com 4 ou 5 afirmações, cada uma reflectindo um grau crescente de severidade de depressão. O indivíduo deve escolher aquela que considera mais adequada ao seu caso. Cada item é cotado entre 0 e 3. A soma dos pontos compõe uma pontuação total, classificado conforme o nível de depressão. (Cunha et al., 1993)

A prova é um auto-questionário respondido pelo próprio sujeito e leva aproximadamente 15 minutos.

- **Pontos de corte:**

Entre 0 e 4, considera-se abaixo do normal, associada a uma provável negação;

Entre 5 e 12, considera-se um valor não significativo;

Entre 13 e 20, considera-se que o sujeito sofre de uma depressão leve;

Entre 21 e 25 considera-se que o sujeito tem uma depressão moderada;

Entre 26 e 36, considera-se que o sujeito tem uma depressão severa.

□ **Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (T.A.S.-20)**

A Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens é um questionário de auto-avaliação que pode ser aplicado a indivíduos de ambos os sexos, com 18 ou mais anos, para avaliação do grau de alexitimia. (Prazeres, Parker e Taylor, 2000. Cit. por Almeida et al., 2004).

A necessidade de desenvolver um instrumento para a avaliação da alexitimia começou nos anos 70, quando Sifneos (1973) propôs, o termo Alexitimia para descrever um conjunto de características inicialmente observadas em doentes com doenças psicossomáticas.

Vários instrumentos foram construídos neste sentido mas a sua maioria não obteve grande atenção por parte da comunidade científica, pela sua falta de precisão e de validade.

A Escala de Alexitimia de Toronto de 26 itens (T.A.S.-20), desenvolvida segundo um método combinado empírico e racional de construção, obteve grande reconhecimento, tendo sido estudada em vários países.

A Escala da Alexitimia de Toronto (T.A.S-20) é a mais recente versão da primeira escala e resulta de um estudo continuado para melhorar a avaliação deste constructo. (Taylor, Bagby & Luninet, 2000, citados por Almeida et al. , 2004)

Este instrumento é um auto-questionário constituído por 20 itens sendo pedido ao sujeito que registe o seu grau de concordância por cada item numa escala de tipo likert de cinco pontos que vai desde “discordo totalmente” (1) a “concordo totalmente” (5), sendo que, cinco dos itens são de cotação inversa.

A nota final é apurada somando os valores atribuídos a cada item, tendo o cuidado de inverter os valores nos itens 4,5,10, 18 e 19 que são de cotação inversa.

A interpretação dos resultados é feita a partir da nota final.

Embora a alexitimia seja considerada um constructo dimensional, foram estabelecidos valores de referência para comparar resultados elevados e baixos entre amostras.

- Pontos de corte:

Até 51, considera-se que o sujeito apresenta um valor baixo de alexitimia; Entre 52 e 60, considera-se que o sujeito apresenta um valor moderado de alexitimia; Acima de 61, considera-se que o sujeito apresenta um valor elevado de alexitimia.

3.3. Estudo de caso A.

A) – Dados pessoais

Nome: Mariana Damião (nome fictício)

Idade: 66 anos

Profissão: Massagista. Actualmente reformada.

Escolaridade: Antigo 7ºano – (equivalente ao 12º ano actual)

Estado Civil: Casada

Filhos: 1 rapaz

B) – Pedido

Mariana, veio à primeira entrevista por intermédio do seu Neurologista. Embora a sua queixa tenha incidido inicialmente na dificuldade em lidar com a fibromialgia, o seu historial clínico é extenso e repleto de sofrimento físico.

C) - História Clínica

Aos 4 anos teve Tifo. Caíram-lhe cabelo e pele. Foi internada e ficou em isolamento durante dois meses.

Aos 5 anos, apareceu-lhe uma “sombra” nos pulmões. Não se recorda do que foi ao certo mas lembra-se de ter sido submetida a tratamento.

Em 1980, com 40 anos, foi-lhe diagnosticada uma neoplasia do ovário, tendo sido submetida a uma histerectomia total e a uma anexectomia bilateral, tendo feito radioterapia.

Em 2000, foi operada a uma neoplasia do cego;

Em 2001, foi operada a uma neoplasia da mama, tendo feito radioterapia, ao que se seguiu uma cardiopatia isquémica com dois episódios de enfarte agudo do miocárdio, pelo que teve que ser submetida a uma angioplastia coronária.

Em 2003, teve tuberculose ganglionar, ao que se seguiu um enfisema pulmonar, suspeitas de síndrome de Sjogren e uma hipercolesterolemia.

É seguida desde 2004 na Unidade Terapêutica de Dor do Hospital de St.º António dos Capuchos, onde foi seguida em consultas de Neurologia, de Psiquiatria, de Cardiologia, de Gastroenterologia, de Ortopedia e de Cirurgia Geral.

D) História Evolutiva

Filha de um casal de classe média baixa, Mariana era irmã de um rapaz com mais 3 anos.

A sua relação com o pai sempre foi muito afectuosa, o mesmo não tendo acontecido em relação à mãe. O pai levava-a a passear, dava-lhe muito colo e carinho. Quando ele chegava a casa trazia sempre amêndoas para ela comer. Ao Domingo levava-a a andar de barco. Passa pelo primeiro grande desgosto, aos 7 anos, quando o pai morre. Logo a seguir, a mãe, sob pretexto de não poder sustentar dois filhos sozinha, envia-a para Torres Vedras para dar assistência doméstica à mulher do irmão, (tio de Mariana).

Viviam junto da cadeia prisional onde o tio era Director, pelo que tinham direito a casa. Esta tia, desde cedo, aceita mal a sobrinha, não se conformando com a sua fragilidade física. Tossia noites inteiras pelo que a obrigava a comer pratos de sopa até não poder mais. Era apenas o que lhe dava.

“ ...”A partir de pouco tempo a minha tia mostrou o que era: uma pessoa que não reconhecia nada em mim, eu era uma coisa abaixo de um cãozito. Tratava-me muito mal psicologicamente e fisicamente, bateu-me muito, tive muitas desilusões. Dizia que a minha mãe não prestava para nada, que eu também não prestava, que não merecia a comida que comia. Inclusivamente tive montes de problemas com a comida. Uma coisa que eu não gostava, ela obrigava-me a comer. Ela tinha muito gado e havia sempre um balde para os restos dos porcos e quando eu vomitava para o balde dos animais ela tirava de lá e obrigava-me a comer. O que sinto hoje em relação à comida quando estou mais em baixo é repulsa pela comida. Foi o que me aconteceu quando fui operada aos intestinos, há sete anos. Fiz uma anorexia nervosa, fiquei com

37 kg , deixei de comer mas cheguei à conclusão que isso foi derivado ao que ela me fez...durante 10 anos. Nunca contei à minha mãe o que se passou. Sentia-a distante e desinteressada por mim. Quis ficar com o meu irmão mas afastou-me a mim... Ela também evitava lá ir e não me ligava. Ela já faleceu mas nem por isso deixo de a culpar porque apanhei muita tarefa sem razão. Ela (a tia) batia-me na cabeça, dava-me pontapés, fazia tudo para me humilhar. A partir de uma determinada altura, tiraram-me da escola. A minha vida era trabalhar em casa. Fazia tudo. Desde os 7 anos que deixei de saber o que era brincar. Era sempre tarefas, tarefas, para ela sempre mal feitas e acompanhadas de muita tarefa. Pensava em matar-me mas não tinha coragem...como miúda...perguntava-me por que é que me tratava tão mal...puxava-me o cabelo, cortava-mo todo mal. Lembro-me que ela fez anos e eu pedi ao meu tio para tirar um retrato para lhe oferecer. O meu tio deu-me o dinheiro, mandou-me arranjar o cabelo, eu tirei o retrato e comprei a moldura. Ela pegou naquilo, rasgou o papel, deitou o retrato ao chão, aquilo partiu-se tudo e ela rasgou a fotografia. Aquilo marcou-me profundamente. Nunca havia explicação para nada. Uma vez tinha eu 11 anos, ela tinha-me comprado umas meias cinzentas escuras e eu não gostava daquilo, achava muito triste e pulas na lixívia. Ela como sabia o que eu tinha, obrigou-me a calçar umas meias do meu tio de quando ele tinha estado no exercito; ora um pé pequeno naquelas meias, saía meia por todo o lado. Outra vez, com 8 ou 9 anos, levava um relógio no pulso que me tinham oferecido, íamos no eléctrico e ela sabia que eu tinha dificuldade ainda em ler as horas e perguntou: "Que horas são?"- Como eu não sabia, começou a gritar à frente de toda a gente: "Quer andar de relógio mas ainda borra as cuecas". São coisas que eu quero esquecer mas não consigo. Ela batia-me muito na cabeça. Uma vez saiu com a sobrinha que era modista e disse-me: "Agora ficas aí a apanhar os alfinetes que estão no chão". Com o sono, adormeci. Quando ela chegou, eu acordei com um pontapé no rabo que me fez dar com a cabeça no chão. Fiquei com tanta dor, tanta dor...mas não podia chorar porque ela não me deixava. Outra vez, mandou-me ir à rua comprar, não sei o quê, e eu lembrei-me: "Vou tirar dinheiro ao meu mealheiro e vou comprar um chocolate". Só que como eu nunca comia nada porque ela não me dava nada, se calhar, comi chocolate a mais e fez-me mal aos intestinos. Ela, por força, queria que eu dissesse o que era, o que não era, quanto tinha custado...e eu fiquei tão atrapalhada que ela pensou que eu estava a mentir. Esfregou-me uma malagueta na boca com tanta força que fiquei com a boca em ferida. Quase que nem podia beber. Aos fins de semana,

de manhã, quando ela vinha a casa, chegava muito cedo. Nesses dias, ou acordava com um balde de água por cima de mim ou puxava-me o lençol e atirava-me ao meio do chão. De maneira, que eu digo, sofri muito e lembrava-me muito do meu pai...(chorando)”.

Mariana diz que até o amor pelos animais lhe quiseram retirar. E ela, que sempre gostou de animais, que nunca os conseguiu ver sofrer, chegou a sentir que ***“o animal era uma coisa feia...”***. Quando tinha 12 anos, os tios trouxeram uma cadelinha de quem a Mariana cuidava. Um dia a cadela desapareceu e ela teve medo que ela se tivesse perdido. Procurou a cadela por todo o lado e ao levantar o postigo de uma das celas femininas, viu uma das reclusas ***“a tentar fazer coisas à cadela a que ela não estava habituada”***. Diz que isso a chocou muito. Nunca pensou ver alguém fazer uma coisa daquelas. Diz também que se calhar é por isso que ainda hoje tem um pesadelo que se repete sistematicamente, há muitos anos, com um cão grande e preto que se atira a ela para a violar.

Algum tempo depois deste episódio traumático, ofereceram ao tio, um carneiro ainda pequeno. Conta que era ela que o amamentava ao biberão porque o tiraram da mãe antes do tempo; dava-lhe aspirina quando ele estava constipado e punha-o a dormir ao lado dela para estar sossegado. Quando ele já estava maior, mataram-no, assaram-no e obrigaram-na a comê-lo. Ela recusou com todas as suas forças, o que a fez acabar por levar uma grande tarefa da tia.

- “A vida toda me empanturraram só com sopa, obrigavam-me a comer quando a vomitava e depois queriam que eu comesse o carneirinho que era o meu único amigo. Não podia, não conseguia. Estava tudo trocado...”

Aos 13, 14 anos, conta que um dia em que estava na praia, veio-lhe o período, pela primeira vez. Ninguém lhe explicou o que era. Com medo, disse à tia o que se passou. Esta, fazendo-a sentar-se num banco da praia, só lhe respondeu: “Sentaste e agora nunca mais traças a perna. Juntas as pernas e pões o vestido para baixo”. Aprendeu por si, com as colegas de escola, que sabiam tanto como ela.

A casa onde vivia com os tios, ficava na passagem para a cozinha prisional, onde estavam uns barris de vinho que eram vendidos aos presos. Um dos presos de maior confiança tinha sido escolhido para fazer esse serviço e costumava dormir num canto, fora da prisão.

Uma noite de Natal, foi convidado pelos tios para passar a consoada. À frente dele a tia, ofereceu a Mariana um embrulho que lhe mandou abrir. – *“Abre, agora abre, vá.”* Era uma toalhinha turca, embrulhada, atada com dois fios e espetada com dois alfinetes à volta. – *“Isto é para agora não andares armada em porca.”* Mariana, nunca esqueceu. Aos 67 anos, fala com a dor trémula de uma criança abandonada e mal tratada.

- “Senti-me tão humilhada, naquela noite que o Natal perdeu todo o sentido. A partir daí, lembrava-me sempre da humilhação que ela me fez passar à frente do rapaz. Só voltei a dar importância ao Natal quando o meu filho nasceu.”

Quando lhe pergunto se alguma vez se zangou, responde-me sem hesitação:

- *“Não. Zangava-me muito mas era comigo.”*
- *“Tanto que o seu corpo parece não ter aguentado.”*
- *“O meu corpo não aguentou. E nem está a aguentar porque...se eu alguma vez me passava pela cabeça ...quando era pequenina...o que eu ainda ia aguentar... Se o sofrimento faz mozza, então eu tenho uma grande mozza....”*

Os olhos de Mariana estão secos, mas a sua alma sai-lhe gritando e chorando no olhar vazio e perdido...enquanto fala.

A paciente conta que numa ocasião em que a tia fez anos, pediu ao tio se podia ir ao cabeleireiro para tirar um retrato que queria oferecer emoldurado à tia. O tio acedeu mas quando ofereceu o presente à tia, ela atirou-o ao chão e partiu a moldura e ainda lhe cortou o cabelo todo. Diz que nunca percebeu nem nunca esqueceu.

“- Aos 17 anos pedi para escreverem para ir passar os Reis à minha mãe. Ela nessa altura já tinha uma pessoa para a ajudar. Quando me apanhei na minha mãe, disse-lhe que não queria ir mais para casa dela. O meu padrasto perguntou-me se era o que eu queria. Vivia lá o meu irmão, o filho do meu padrasto e eu perguntava-me porque é que ele lá vivia e eu não”...

Pensou que finalmente ia ser amada. Enganou-se. A mãe aceitou mal a vinda dela para Lisboa. Dizia que só vinha para dar trabalho e despesa. Pô-la a dormir na sala enquanto o irmão e o filho do padrasto dormiam no quarto. Obrigava-a a trabalhar em casa como se fosse uma criada.

Foi o irmão o escolhido pela mãe. Durante muito tempo culpou-se. Achava que devia de haver algo de errado consigo para que a mãe ativesse mandado embora tão pequena e tivesse preferido ficar com o irmão. Mas até isso era difícil de entender porque o irmão era muito mau para a mãe, chegando a bater-lhe mais de uma vez e até à avó. Mas ela defendia-o muito. Ela própria nunca foi próxima dele. Conta que quando eram pequenos ele a fazia rodar no ar até ela cair. - ***“Era muito mau. Era capaz de chegar ao pé de mim e bater-me sem seu saber porquê. Punha tudo às escuras e assustava-me, tínhamos uns 6 anos. Já era mau nessa altura”***.

Mariana conta que sentia muita vergonha de estar em roupa de dormir à frente da família por ter que dormir no sofá da sala. O padrasto cobiçava-a e toda a gente percebia e o vizinho de cima sempre que podia roçava-se nela quando ela lá ia visitar a filha que era sua amiga. Um dia, em que teve que ir à esquadra, à secção dos perdidos e achados, onde ele trabalhava, mandou-a entrar no gabinete enquanto dizia ir procurar o que ela tinha perdido mas, em vez disso, tentou meter-lhe a mão no decote à força, ao que Mariana conseguiu escapar, fugindo à pressa. Diz que pensava muitas vezes que queria ser muito feia, não ser vista, para que os homens não lhe fizessem mal.

A mãe acusava-a de ter perdido o marido depois de ela se ter mudado lá para casa. Já não queria ter relações sexuais e a culpa era dela, dizia-lhe. Mariana, por momentos, chegara a questionar-se se realmente, inconscientemente o provocaria de alguma forma...se teria culpa, se o defeito seria dela. A vergonha e o medo eram tal que era incapaz de se mudar à frente da mãe. Lava-se, mesmo estando sozinha,

por partes, para que ninguém pudesse ver o seu corpo desnudado. Tinha pudor até de si própria.

Conheceu um rapaz com 19 anos, com quem namorou cerca de dois. Mas percebeu que ele só gostava dela como uma irmã e deixou-o. Diz que talvez tivesse sido a sua única verdadeira paixão, se calhar devido à idade em que estava.

Aos 22 anos, conheceu o marido. Foi uma batalha para manter o namoro. A família gostava muito dele até começarem a namorar. A partir daí, o padrasto passou a insultá-lo e a dizer mal dele em todo o lado ao ponto de uma vizinha um dia lhe dizer:

“- Já sei que namoras com um rapaz. A tua família farta-se de dizer mal dele mas ele vem de uma excelente família. Não são ricos mas são muito boa gente. Se não fosse por conhecer o teu padrasto, dizia que ele te queria era para ele.”

Já toda a gente se apercebia. Morria de vergonha.

Quando o namorado ligava, o padrasto mandava-a logo ir trabalhar para a cozinha. Outra vez, estava lá e pôs a mão na cadeira onde ela estava sentada e o padrasto disse à mãe: *Diz à puta da tua filha que se ela quiser tem ali a cama...”*.

Um dia, conta, diz que, se calhar, por estar na adolescência, tinha um cheiro muito forte e depois de vir do trabalho, acusaram-na de cheirar mal. ***“- Se calhar... cheirava mesmo”...***, não sabe... ***”mas se calhar eles tinham razão”***.

O padrasto, virou-se para a mãe e disse-lhe: *“Pergunta lá à puta da tua filha porque é que ela não vai tomar banho, que cheira mal que se farta.”*

Conta que, se calhar, é por isso que, ainda hoje, quando está no banho:

“- (...) esfrego, esfrego, esfrego, até não conseguir mais. Se calhar, ainda penso que estou suja..., não sei...” .

Passados tantos anos continua obcecada com as limpezas. Não consegue ver nada sujo.

Diz:

- “Eu, às vezes, digo , para quê tanta coisa? Eu era... fizeram de mim... uma mulher em pequena e depois, apesar de mulher, trocavam-me tudo. Uma vez, ouvi uma conversa da minha tia que fiquei a pensar...eu não sabia nada de nada, a vida para mim era tudo um tabu, pronto,...e ouvi a minha tia estar a dizer: “Vou para a cama e vou vestir uma camisa preta. Faz de conta que já estou viúva.” Ainda hoje me lembro destas palavras. E eu pensava assim: será que ela quer que o meu tio morra? Mais tarde, fui crescendo, a idade vai sendo outra..., só depois de casada, embora eu fosse muito crua, é que me veio isso à ideia e então pensei, se calhar ela punha a camisa porque não tinha relações com o marido. E aqui há tempos, pensei, eu sexualmente também ando muito mal. Se calhar, também precisava de uma camisa preta. Associei a isso. E hoje estou convencida que era isso que ela queria dizer”.

A paciente pensou em matar-se algumas vezes mas diz que **“estava muito agarrada à vida, achava que ainda havia de viver coisas boas”.**

E viveu. Casou-se e ganhou uma família que a recebeu com muito carinho. As cunhadas foram sempre como irmãs e o sogro como um pai. Diz que aí se desforrou. Fartava-se de brincar com elas e de rir.

Mariana diz que apesar de tudo, sempre gostou muito de rir. Trabalhou na Cáritas e quando não podia ir, todos sentiam a sua falta porque ela punha toda a gente a rir.

- “Era muito ladina e muito cómica. A minha neta mais nova também é assim, gosta muito de rabear. Talvez eu tivesse ânsia de viver... quando descia as escadas de casa entrava num novo mundo”.

Conta que passou muito para engravidar. Não havia maneira de conseguir até que lá conseguiu. Quando o filho cresceu um pouco ainda pensou em ter outro mas nunca conseguiu.

Quando lhe pergunto se o sofrimento perdurou já em adulta, depois de ser mãe, diz-me:

- ***“Muito porque era como um fantasma que não me largava. Só pensava em dar ao meu filho tudo o que não tinha recebido. Se calhar exagerei, não sei... eu não me arrependo de o ter feito...não foi por isso que o meu filho deixou de ser um bom filho, e que se lembra dos pais. Quer dizer, eu e o meu marido tentámos transmitir ao meu filho a nossa visão, os nossos princípios, consoante ele ia crescendo nós ia-mos dizendo: “não somos ricos, o que te damos é com sacrifício que te compramos isto ou aquilo mas o pai e a mãe têm muito amor para te dar”. O meu filho cresceu baseado na palavra amor. O meu filho, é um filho muito especial.”***
- *“Mas sente que até na felicidade posterior, lhe foi difícil vivê-la inteiramente por causa do passado?”*
- ***“Sim, sim, muito mesmo.”***
- *“Como se não a vivesse em plenitude e estivesse sempre a vivê-la só para fugir ao passado?”*
- ***“Exactamente. Era isso mesmo.”***
- *“Não era uma vivência natural. Era uma vivência de recompensa...”*
- ***“Sempre. Tudo o que vivi foi de recompensa.”***

O seu casamento foi mais uma relação de amizade do que amor. Gostava muito do marido mas não se recorda de o desejar ou de desejar outro homem. Às vezes gostava de ainda poder sentir desejo sem nojo mas diz que é difícil.

Depois de ter sido operada à neoplasia da mama e de lhe terem retirado o seio, diz que não voltou a conseguir despir-se perto do marido.

Este, em dado momento, teve um caso extra-matrimonial. Diz que nunca o pressionou e que o deixou à vontade para fazer o que quisesse. Diz que foi o melhor que fez porque ele acabou por voltar a casa. Percebo pelas suas palavras que lhe teria custado perder o familiar mais do que o homem.

Mariana, é amada pelas netas de forma muito especial e tem uma grande relação com o filho e com a nora. Se eles estão felizes, diz que também fica feliz.

Precisa de paz porque a sua cabeça não pára. O passado não a larga. Sente que lhe roubaram muita coisa e que até iniciar o apoio nunca tinha conseguido zangar-se com quem a fez zangar.

Diz:

- *“Passei de criança a mulher. Não tive adolescência. Tive que me defender sozinha desde o início. Havia sempre uma guerra entre mim e mim : entre viver e morrer”.*

Confessa:

- *“Tenho pena de não ter pena de não ter gostado mais da minha mãe. Não sei se me faço entender. A minha avó foi tudo para mim. Era tudo para mim...a minha avó. A minha mãe nunca foi carinhosa para a minha avó (...).*

O pai foi a sua primeira fonte de afecto. Diz:

- *“Muitas vezes, quando estava em casa da minha tia, de noite, eu chamava-o, chamava muitas vezes pelo meu pai” (chorando...).*

Para além disso, tinha uma senhora vizinha que era como se fosse sua mãe. Era uma pessoa a quem podia contar tudo. Fora isso, não teve mais ninguém.

Mariana refere que, para a família, só servia para limpar. Mesmo hoje, não consegue ver uma roupa suja ou o que quer que seja. Mete-lhe confusão. Se o quintal tiver mais ervas, sente logo que a casa está suja.

-*“Tenho pavor à sujidade. Não posso dizer que a minha mãe era desmazelada. Não era. Mas lembrei-me agora de uma coisa que nunca contei a ninguém. Na noite em que o meu pai morreu, vi que a vizinha de cima levou a trouxa da roupa da cama do meu pai acabado de morrer. Pensei que se*

calhar a vizinha a achava a uma porcalhona...não sei, porque é que isto nunca me saiu da cabeça... Lembro-me desse episódio mas nunca o entendi. Foi uma coisa muito esquisita. A minha mãe começou a gritar e o meu irmão a mandá-la calar-se...Associei sempre a roupa suja à morte do meu pai e nunca percebi porquê. (...) Hoje tenho a noção de que tudo na minha vida, ao longo do tempo, esteve repleto de porcaria (...). Passavam a vida a mandar-me lavar e limpar coisas (...). Às vezes, acho que penso que também estou suja. (...) Revejo-me muito na minha neta quando eu era assim pequena como ela. Mais tarde pensei que tinha tanto para dar em criança... e que ninguém aproveitou. Queria dar tanto mesmo sem receber...e até isso me foi tirado, o poder dar..."

À medida que foram decorrendo as sessões, Mariana foi começando a permitir-se sentir raiva, despir-se de culpas que não tinha e de encontrar em si própria o fundamento para uma vida de sobrevivência, de coragem e, apesar de tudo, de um amor que foi bebendo aos poucos de momentos criados por si própria através das recordações de um pai, de "uma cadelinha", de um "cordeirinho" e de uma avó que duraram pouco mas que ainda assim a amaram e lhe permitiram amar.

Diz na última sessão:

"- É engraçado como eu me vejo em pequena...muito dócil, obediente mas ao mesmo tempo muito rabina (...) . Realmente as pessoas que me fizeram mal já não voltam a fazer. Para já, houve um click aqui qualquer que desabrochou agora... Acho que só agora me reconciliei comigo.(...) Tenho-me lembrado das coisas bonitas que a minha avó me dizia e me fazia. (...) Eu acho que se há coisas que valem a pena..., estar este tempo com a Doutora, deu-me uma grande lição de vida....Se houvesse um colóquio a que às vezes as pessoas vão, eu gritava bem alto que a Doutora é uma psicóloga excepcional. Acho que houve uma grande empatia. Isso também é importante. Lembro-me que, quando em pequena tive o Tifo, a minha mãe tinha um armário com o açúcar, as farinhas, etc. e foi lá uma assistente social ver se o meu pai podia pagar as despesas do hospital e chocou-me muito ela dizer que de pobres não tínhamos nada porque tínhamos muito que comer. (...) Mas que raio de lição me deram para dar ao meu filho...mas dei-lhe o oposto...Também fui mais mãe do que mulher ...mas nunca trataria o meu filho daquela maneira. (...) Hoje sei que ser mulher não é uma coisa suja nem feia, nem animalesca mas foi isso que me ensinaram. Era tudo obsceno, tudo porco por isso

sinceramente nunca tive grande interesse por sexo. Só agora, assimilando tudo o que aqui temos falado, é que estou a enterrar tudo o que cá estava. Gostava de conseguir ter uma boa vida íntima, apesar das dores que tenho no corpo todo...mas gostava de o fazer por mim.”

E) Análise da História

Mariana, embora com 67 anos marcados nas costas dobradas, nas pernas trémulas, na cara enrugada e nos olhos cheios de xantelasmas, revela por trás do semblante dorido por dores físicas e psíquicas, réstias de uma inocência que nunca permitiu que lhe tirassem, malgrado tudo o que viveu.

A sua voz, à semelhança do seu corpo, é fina, trémula e frágil.

Apesar da dor e tristeza expressas no seu rosto, não sinto no seu discurso autocomiseração, mas sim, que chegou o momento de se questionar. Chegou para ela o momento de entender.

Veio por ter fibromialgia mas rapidamente entendi que as dores físicas não se comparavam às da sua infância e juventude e que o seu objectivo principal era o de poder dar voz a si mesma pela primeira vez.

Aos 4 anos foi internada em regime de isolamento, durante dois meses, por ter sido vítima de um surto de tifo; o seu caminho começou desde cedo a ser solitário e vulnerável. O tifo, sendo uma doença infecciosa tropical, é transmitido por insectos, como as pulgas e os piolhos, o que pode deixar, desde logo, em aberto a possibilidade de fracos cuidados materno-infantis.

O seu primeiro grande momento de perda é vivido quando aos sete anos morre o pai. Nesse momento, perdeu o seu pilar e a sua hipótese de vir a poder amar e a ser amada em plenitude.

A mãe, prefere-lhe o irmão e manda-a para longe de tudo o que conhecera até aí. Vai parar a uma casa desconhecida, às mãos de uma tia repressora, persecutória e destruidora que desde o primeiro momento tenta retirar-lhe a integridade e até a humanidade na forma animal e instrumental como a trata,

obrigando-a comer sopa como se de um combustível se tratasse para lhe aumentar a eficácia doméstica, mas não mais do que isso. Quando vomitava, obrigava-a a comer o vomitado do balde dos porcos, como se, reduzida à condição de animal, não merecesse mais do que o básico para se manter útil.

É lançada desde cedo para uma solidão de afecto que tenta recuperar na companhia dos seus pequenos animais domésticos, os quais fica impossibilitada de proteger quando um é utilizado para práticas sexuais por uma das reclusas da cadeia e o outro acaba por ser morto pelos tios que a querem obrigar a comê-lo.

Para além de não ser amada, não lhe é permitido o amor, a amizade e os cuidados de protecção. Sente-se devastada, chora os seus animais violentados porque se identifica com eles nessa violência a que também ela foi sujeita.

A revolta reprimida, o nojo calado, o medo abafado foram tomando conta do seu corpo como se, em vez de explodir, tivesse ido implodindo, cada dia um pouco mais, cada ano, sem horizontes de libertação.

Até o respeito pela sua condição feminina lhe é retirada quando lhe é cortado o cabelo pela tia, quando a intimidade do seu corpo é exposta numa noite de natal à frente de um quase desconhecido ou quando o seu padrasto decide cortar-lhe uma saia travada preta que tinha, alegando que "parecia uma puta".

O Síndrome de Sjogren secou-lhe os olhos. Eu pergunto-me se eles não secaram de tanto chorar.

Quando regressa a casa da mãe, Mariana entende que afinal ela nunca a quis. Preferiu o irmão e continuava a preferir. Mariana não era mais do que um estorvo e, ainda por cima, agora, também uma mulher, portanto, uma rival aos olhos maternos que sentia a cobiça do próprio marido em relação à filha.

Mariana sentia-se sem escapatória. ***“- Havia sempre uma guerra entre mim e mim : entre viver e morrer”. (...) “Às vezes, pensava que queria ser muito feia para os homens não me verem e não me quererem fazer mal”.***

Viver versus morrer. Mariana não morreu, sobreviveu. O seu casamento foi uma fuga ao inferno. Através do marido foi desejada, sem desejar, foi acarinhada e pôde acarinhar. O marido era a representação de família que sempre sonhou mas que nunca teve; as cunhadas, as irmãs que tarde conquistou; o sogro, a possibilidade de recuperar a sensação de ser filha de alguém.

Através do filho, foi-lhe possível ter a ilusão de recuperar o que não teve. Na criança amada e feliz que fez dele, conseguia gratificar a menina abandonada e maltratada que foi. O mesmo acontece ainda hoje com as netas.

Diz:

- “Tenho pena de não ter pena de não gostar da minha mãe”.

Frase de construção difícil que revela a dificuldade com que lida com a raiva que lá tem mas que resiste a sentir e que lhe foi castrada desde cedo.

A sua guerra, 40 anos depois, passa por aceitar que não teve culpa, por aceitar zangar-se com quem a fez sofrer.

Levou muito tempo até conseguir engravidar. Ninguém consegue dar o que não recebeu...

Lembrei-me nesta passagem, da paciente, cuja história é relatada em “La difficulté de vivre” de Françoise Dolto (1986), que não tendo sido amada e alimentada por sua mãe, teve que ser pela enfermeira para conseguir amamentar o seu próprio filho.

-« Je ne peux pas, je ne peux pas le nourrir, je ne peux pas...»

-« Pourquoi donc, pourquoi donc ? »

-« Ma mère m’a abandonnée à la naissance, je n’ai jamais rien su de ma mère »

-« Comment ! Une si belle petite fille que vous deviez être, comme votre petit garçon, mais ce n’est pas possible ! (...) Et bien, moi, je vais vous donner le biberon qu’on aurait donné au bébé ; Je ne veux pas donner le biberon au bébé, je veux le donner à sa petite maman chérie. »

E o leite subiu... e a mãe amamentou depois de lhe ter sido permitida a experiência de existir através do amor do outro, do cuidado do outro, imprescindível

para que a criança aceda ao seu direito de ser, validado pelo olhar apaixonado de uma mãe.

Com Mariana aconteceu o mesmo.

Sinto que pequenos núcleos de amor resgatado em relações anteriores (com seu pai e sua avó) e posteriores substitutivas (com a família do marido ou com a vizinha que era para si como uma mãe) lhe permitiram fazer um caminho moroso mas bem sucedido em direcção à maternidade.

Quando tentou engravidar pela segunda vez, já não conseguiu. O médico bem lhe dizia para relaxar, para criar momentos de intimidade com o marido mas esse tipo de intimidade em que ela podia existir enquanto mulher, liberta de medos e de pudores, já lhe havia sido retirado há muito.

Aos 40 anos, fez uma neoplasia do ovário e foi submetida a uma histerectomia total e a uma anexectomia bilateral. A sua função reprodutiva ficou de vez aniquilada.

Onze anos depois, fez uma neoplasia da mama, tendo sido sujeita a uma mastectomia.

A sua condição feminina não lhe foi retirada mas a verdade é que passou a lidar mal com o seu próprio corpo, evitando desde aí despir-se à frente do marido.

Só antes da penúltima sessão se desfaz da sua colecção de sutiãs. Diz que, de repente, se deu conta que não vai voltar a usá-los. Deita-os fora.

Sinto este movimento como uma aceitação, como um luto elaborado e arrumado.

Começa a redescobrir a possibilidade de vivenciar mentalmente o sexo como algo de bom e não violento. Deixa aberta a janela do devaneio que a liberta um pouco do peso e da castração passados.

- (...) “Hoje sei que ser mulher não é uma coisa suja nem feia, nem animalasca mas foi isso que me ensinaram. Era tudo obsceno, tudo porco por

isso sinceramente nunca tive grande interesse por sexo. Só agora, assimilando tudo o que aqui temos falado, é que estou a enterrar tudo o que cá estava. Gostava de conseguir ter uma boa vida íntima, apesar das dores que tenho no corpo todo...mas gostava de o fazer por mim.”

Não consegui diminuir-lhe as dores físicas, mas julgo ter-lhe proporcionado uma nova forma de ver a vida, de se ver e de se relacionar.

Aos 66 anos, grande parte do caminho foi já percorrido mas impressionou-me o seu desejo de viver, a sua força e persistência na tarefa semanal de se pensar, de se reconciliar consigo e de permitir-se zangar-se, ainda que com 40 anos de atraso, com aqueles que a fizeram passar por um inferno emocional que teria destruído por completo qualquer outro.

Mariana conseguiu, apesar disso, manter partes boas de si vivas e amar-se o suficiente para querer resistir. Como ela própria dizia:

***- “Havia sempre uma guerra entre mim e mim : entre viver e morrer” (...)
Estava muito agarrada à vida, achava que ainda havia de viver coisas boas” e
...”- Talvez eu tivesse ânsia de viver... quando descia as escadas de casa
entrava num novo mundo”.***

O seu corpo traçou desde cedo o mapa somático expressivo da sua história como se tivesse atingido o “estado de exaustão” defendido por Selye (1952, citado por Chaitow, L. 2002) em que esgotou todos os recursos adaptativos de que dispunha.

Mariana construiu a sua identidade com uma grande força e persistência mas com grande dificuldade. É difícil preservar a própria identidade quando nos são retiradas todas as possibilidades de adaptação equilibrada ao meio.

Mariana era massagista de profissão. Se calhar, não por obra do acaso.

Mariana, a quem caiu cabelo e pele na infância, a quem foi retirado o colo do pai e o toque amoroso de uma mãe, a quem mataram o animal doméstico de quem cuidava e a quem cortaram o cabelo como a Sansão, e bateram como se fazia aos

escravos, pegou em tudo isso e transformou-o em toque, em pele contra pele, em massagem relaxante, que tirava a dor e que acariciava quem a procurava.

Resistir para não morrer; Dar para receber; Recuperar o calor e o afecto no quotidiano que foi construindo como podia, foi o que fez dentro de um corpo maltratado mas suportado pelo desejo de viver.

G) Exame do Estado Mental.

□ Orientação e Percepção

Mariana, apresenta uma adequada orientação espacio-temporal, revelando uma noção clara e objectiva acerca do passado, do presente e do futuro, assim como, percepção mental e corporal ajustadas à realidade, sem evidência de sintomas de alucinação ou de despersonalização.

□ Cognição

Não existe transtorno formal do pensamento. A paciente tem uma boa capacidade de elaboração intelectual, fazendo facilmente associações adequadas entre os seus sentimentos, emoções, consciencializações e os episódios de vida relatados.

Apesar de ter confessado o desejo de morrer, na infância e na adolescência, nunca parece ter revelado uma verdadeira ideação suicida. Pensar na morte, em criança e adolescente, equivalia a um desejo legítimo de não sofrer mas estava longe de ser um desejo de suicídio. Mariana nunca demonstrou dificuldades de comunicação, ou lapsos de linguagem.

□ Afectos

As emoções da paciente estiveram sempre em consonância com o relato dos seus episódios de vida. A tristeza, a dor, a indignação ou a alegria e o humor, foram sempre expressos de forma ajustada ao conteúdo dos seus relatos.

□ **Acção**

Mariana demonstrou estar à vontade na relação terapêutica desde o primeiro momento. Não havia para ela silêncios constrangedores. A paciente aproveitou as sessões para um “acerto de contas” há muito esperado em que lhe foi possível dar voz às suas dores e indignação, mas também aproveitar a quietude que em alguns momentos se estabelecia.

Não senti da sua parte movimentos transferenciais de defesa ou sedução. Apenas, que estava a aproveitar ao máximo o que nunca tinha tido; um período de encontro consigo mesma, de entendimento, grito de revolta, reconciliação consigo própria e apaziguamento da tensão interna no estabelecimento de uma relação construtiva e bem alicerçada.

□ **Características do Ego**

Apesar dos abusos a que foi submetida até ao início da vida adulta, Mariana sempre revelou capacidade de estabelecer relações de compromisso com os estudos e com o trabalho, o que me leva a crer estar perante um ego de recuperação mais acessível.

Embora, tenha confessado as dúvidas que a dada altura teve acerca da sua responsabilidade nos maus tratos e abusos, acabou, ao longo do apoio, por conseguir separar o seu mundo interno do mundo externo que a envolvia, não tendo havido em nenhum momento, revelação de percepção delirante ou desajustada.

A sua noção da realidade permanece objectiva e intacta em situações estruturadas.

A paciente demonstrou ter tido sempre um grande controlo de impulsos, não tendo representado nunca um perigo para os que a rodeavam. Quando muito, pelo facto de implodir sempre mais do que explodiu, acabou por extenuar o seu sistema imunitário que desde cedo parece ter sido exposto a elevadíssimos níveis de stress que a levou a uma desregulação homeostática profunda.

Mariana internalizou sempre culpa e raiva por se sentir responsável pelos maus-tratos que lhe foram infligidos durante tanto tempo. No entanto, ao longo das sessões, acabou por conseguir externalizar as dificuldades impostas pelo meio circundante e direccionar a culpa de modo ajustado para os reais responsáveis.

Mariana revelou facilidade em integrar e sintetizar vários conjuntos de dados e em reflectir sobre as ligações entre eles para uma explicação significativa dos seus sintomas e das suas dificuldades interpessoais.

□ **Relações Objectais**

Mariana cresceu num ambiente hostil e perigoso para a sua integridade física e mental. Apesar disso, estabeleceu ligações importantes, ainda que curtas no tempo, com o seu pai, com a sua avó e com a vizinha da sua mãe que sempre a tratou como uma filha.

Estas relações parecem ter-lhe permitido “conter” núcleos de amor e de identificação positiva, malgrado o cenário persecutório em que vivia.

As relações que estabeleceu com os animais (“cadelinha” e o “cordeirinho”) fruto da sua identificação com eles, por via da tentativa de desumanização a que foi sujeita através dos abandonos, das humilhações, dos maus-tratos, parecem ter permanecido no seu interior, como se todas estas memórias de momentos fugazes em que lhe foi possível dar e receber, cuidar e ser cuidado, tivessem permitido que se mantivesse, mais tarde, capaz de estabelecer relações objectais significativas, com amigos, com o marido e respectiva família, com os colegas de trabalho e actualmente com o filho, netas e nora.

Parece evidente, apesar disto, que Mariana foi portadora, ao longo da vida, da doença mental de toda a família de origem, no sentido em que muitos dos seus medos e fantasmas a acompanharam, fosse por meio de pesadelos recorrentes do cão grande que a violava, fosse pelo absoluto desinvestimento que fez na sua sexualidade, fruto do pavor de ser perseguida pela inveja e ciúme femininos (Tia e Mãe), pelo assédio masculino (padrasto e vizinho) e pela repulsa que lhe ficara de todas estas figuras, fosse pela total e incondicional devoção ao papel de mãe que não lhe deixou espaço para amar o seu marido mais como homem, do que como meio-pai, meio-irmão, meio-filho, também.

O seu casamento foi vivido com a função de cuidar e de ser cuidada, mais do que de desejar e de ser desejada.

-“Fui mais mãe, do que mulher.”

Embora tendo resistido ao desejo de morrer para se libertar, de ter lutado para fugir ao inferno da sua vida familiar inicial, Mariana manteve traços de vítima em algumas situações, nomeadamente na sociedade que estabeleceu com uma antiga comadre, responsabilizando-se por todo o trabalho e não exigindo o envolvimento da sócia no mesmo. No final, extenuada, em vez de lutar pelo que era seu, vendeu a sua parte e veio-se embora sem alarido.

Mariana aprendeu a fugir para sobreviver mas não a defender-se para existir ou para fazer uso do seu direito de retaliação ou de indignação.

Casou para fugir ao horror familiar e quando, mais tarde, o seu marido teve um caso extra-matrimonial, durante o qual foi frequentemente abordada e insultada pela amante, manteve-se quieta, dizendo-lhe apenas que fizesse o que entendesse. Não lutou, não gritou, nem se indignou. Apenas sofreu silenciosamente, através do seu padrão de funcionamento aprendido.

Temeu perder o familiar mas não o homem porque o desejo de posse de um homem nunca teve espaço no seu mundo interno, desejoso sim, mas de fugir ao mundo masculino, por ela sempre vivido como persecutório e violentador.

Mariana demonstra a sua necessidade de cuidar e de ser cuidada na relação que estabelece, não apenas, com o marido e com as cunhadas (***-“Sempre foram como minhas irmãs”***), mas também com o filho, com as netas e com a nora (***- Se eles estão felizes, eu estou feliz. São muito meus amigos”***).

Proclama o seu amor por todas estas pessoas, como se esse, fosse a prova viva de que a humanidade que tentaram retirar-lhe, foi repostas.

Tentaram matá-la sempre que ousou existir, comprando um chocolate, arranjando o cabelo para tirar um retrato, cuidando de um pequeno animal que a seguir lhe mataram e obrigaram a comer, mas sobreviveu.

Seguiu o seu caminho que, embora incompleto, não deixou de ser um caminho relacional, em que conseguiu dar e receber afecto e atenção a objectos de amor percebidos por si como inteiros.

□ O Self

Pouco se sabe sobre a relação precoce entre Mariana e a sua mãe durante a primeira infância. Sabe-se, no entanto, que a abandonou muito cedo a si própria. Apesar disso, Mariana, conseguiu manter um self estruturado e coeso que apesar das tentativas exteriores de destruição, manteve claro e conciso através da contenção de núcleos de afecto que foi recebendo fugazmente por figuras significativas que, fruto das circunstâncias, nem sempre puderam estar ao seu lado mas que lhe deixaram a possibilidade de se ir identificando positivamente. Não obstante, algumas das dúvidas que por vezes a assolaram, manteve sempre a clarividência necessária para seguir o seu caminho e construir o seu próprio projecto de vida. Apesar disso, o sentimento de sujidade que lhe foi desde cedo inculcado, permanece através das obsessões com a limpeza e com a organização doméstica que lhe permitem sentir-se ela própria, limpa e organizada.

- ***“...Quando estou no banho, esfrego, esfrego até não conseguir mais...”*** .

- (...) ***“Hoje, tenho a noção de que tudo na minha vida, esteve repleto de porcaria”... . (...)***

- (...) ***“Passavam a vida a mandar-me lavar e limpar coisas (...), às vezes, acho que penso que também estou suja...”***

Ao longo do apoio, não senti que a paciente procurasse recuperar a narcisização que lhe faltou na infância através da relação comigo. Considero, antes, que tentou reconciliar-se com a parte positiva de Self que lhe foi legada pelo pai e pela avó através de um verdadeiro grito de revolta contra tudo o que lhe fizeram, isso sim, através da relação terapêutica. A paciente parecia querer ser mais olhada e entendida, do que propriamente aflagada e lamentada.

- ***“ Não queria vir falar com alguém que me visse como uma coitadinha ou que me desse razão. Queria apenas vir falar com alguém que me ouvisse e pudesse entender o que eu sempre senti.”***

Considero que a paciente apresenta um Self continuado e sem grandes fragmentações, cuja coesão e os limites manteve estruturados e resistentes perante a agressividade da realidade externa. Mariana, aprendeu a diferenciar os seus conteúdos mentais dos de outros acabando por conseguir delinear uma fronteira entre o seu self e os objectos ameaçadores circundantes. A paciente não revelou em nenhum momento episódios de delírio ou de despersonalização.

□ **Resultado dos testes aplicados**

- **Inventário Multifásico da personalidade do Minnesota – Mini-Multe**

	Escalas de validade			T.Neurótica			Tr.P.	T. Psicótica			
	L	F	K	HS	D	HY	PD	PA	PT	SC	MA
				1	2	3	4	6	7	8	9
T.BRUTO	2	5	6	14	17	20	8	9	13	14	8
NOTA BRUTA	6	14	13	29	44	40	23	21	32	40	22
NOTA T	49	64	51	87	86	81	67	82	80	93	67

Quadro 3

Escalas de carácter

Escalas clínicas

F- K= **13**

AI= [(HS+D+HY/3)]+[(D+PT)-(HS+HY)] = **82,7**

IR= (HS+D+PT) / (HY+PD+MA) =**1,1**

IG= L+PA+SC-PT-HY=**63**

AV=X das notas T das escalas= **73,3**

NORMAS:

F- K= menos12/+8 – normal

F- K= menos12/+8 – normal

AI= Até 50

IR= Até 1

IG=<40 – n. Esq./ >40 – Esq./[41-99] - indet.

AV = > 70 elevação anormal

- Interpretação dos resultados:

- Escalas de Validade:

- T.L. = 49 – É uma pontuação normal que revela que a paciente admite selectivamente certas falhas mas tende a defender-se relativamente às que lhe parecem mais criticáveis do ponto de vista social ou moral.

- T.F. = 64 – É um valor moderado que sugere uma tendência para inconformismo e pessimismo, por parte da paciente, assim como, para uma rebeldia contra as normas que lhe foram impostas.

- T.K. = 51 - É uma pontuação média que sugere um sistema de defesas adequado, com aceitação de si mesma e boa força do Ego. Sugere ainda uma certa exposição de problemas mas também preservação de alguns conflitos. As respostas sugerem uma forma adequada de lidar com os problemas.

- Outros indicadores:

- Índice de Dissimulação: F-K = 13

O índice de dissimulação excede a norma. Em alguns casos, pode ser uma super-dramatização por parte de um sujeito narcísico, histriónico e instável, embora, neste caso, e atendendo à história de vida da paciente, nos pareça antes, aquilo a que chamam um “grito de socorro em situação crítica”.

F ↑ K ↓ - sugerem tendência a dar uma imagem desfavorável de si (Faking bad).

- Índice de Ansiedade: A.I. = 82,6

Este índice apresenta-se acima da norma, o que pressupõe um elevado estado de ansiedade por parte desta paciente.

- Coeficiente de Internalização: I.R. = 1,1

Este resultado representa um valor considerado significativo para a média (>1). O locus de controlo da paciente apresenta-se como externo, enquadrado, porém, na sua história clínica, uma vez que o seu historial clínico não depende de si e que os maus tratos familiares que recebeu na infância, assim como, no início da idade adulta, pela família de origem, também fugiram ao seu controlo.

- Índice de Goldberg: I.G. = 63

O valor de IG, estando entre 41 e 99, apresenta ser indeterminado, no entanto as escalas 1,2,3,4,5 e 6 apresentam valores bastante elevados, o que sugere por parte do sujeito sentimentos de perseguição, dificuldade de concentração, dificuldades ao nível do pensamento, na área sexual, medos, obsessões e preocupações, o que se enquadra na sua história de vida.

- Escalas Clínicas:

Os valores mais elevados das escalas clínicas apresentaram-se da seguinte forma, por ordem decrescente:

1. Sc (Esquizofrenia) = 93
2. Hs (Hipocondria) = 87
3. D (Depressão) = 86
4. Pa (Paranóia) = 82
5. Hy (Histeria) = 81
6. Pt (Psicastenia) = 80
7. Pd (Psicopatia) = 67
8. Ma (Mania) = 67

A escala de esquizofrenia, embora apresente o valor mais elevado, não significa que Mariana apresente sinais de esquizofrenia. O seu valor, revela, antes, uma possível neurose grave, associada a uma certa dificuldade de adaptação, sensações peculiares e medos, na área sexual e dificuldades de concentração.

Esta ideia de neurose grave, ganha relevância ao observarmos que a Mariana também apresenta um índice elevado de psicastenia, o que se traduz nos sentimentos auto-punitivos, ansiosos, insatisfeitos e temerosos que parecem ter acompanhado a paciente ao longo de toda a vida, persistindo até hoje, nomeadamente no que se refere, à não aceitação do passado e à e às obsessões (mania da limpeza), fobias e medos irracionais que sempre a acompanharam.

A paciente apresenta um elevado índice de hipocondria, o que sugere uma excessiva preocupação com o corpo e denota as sensações somáticas e dores difusas na ausência de causas aparentes (fibromialgia) que exprime.

É importante não esquecer que Mariana apresenta um longo historial clínico envolvendo, desde cedo, Tifo e problemas pulmonares e, mais tarde, patologia oncológica, ginecológica, cardíaca, entre outras. Daí que, a sua preocupação com o corpo, pareça já fazer parte da sua condição existencial motivada pela sua constituição genética.

A escala de depressão com um valor mais elevado do que a psicastenia, revela fortes sentimentos de melancolia, lentidão e mau funcionamento físico.

Embora Mariana, tenha revelado pensamentos suicidas no passado, a verdade, é que teve sempre predisposição para mudar e, ainda agora, aos 66 anos, revelou ao longo das sessões de terapia um profundo desejo de tomar consciência da sua problemática pessoal e de combater o mais possível a baixíssima auto-estima e culpa que sempre a acompanharam.

O resultado elevado na escala de paranóia sugere uma hiper-vigilância face ao meio externo, o que pode encontrar justificação no seu percurso de vida inicial.

O valor T elevado de Hy mas ultrapassado pelo valor da escala 1 (Hs), sugere uma certa tendência para gerir os conflitos emocionais por meio de queixas físicas durante os períodos de stress, até como forma de evitar a consciencialização dos conflitos internos. Sugere, por outro lado, uma tentativa de, por meio das emoções, conseguir afeição e apoio, assim como, uma grande dificuldade em lidar com agressão e stress.

O resultado das escalas de desvio psicopático e da mania, não apontam valor sintomático significativo.

- State-Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.)

Os resultados do questionário de auto-avaliação da ansiedade estado/traço, sugerem um valor sintomático moderado (Sy-1=57 e Sy-2=52), o que pressupõe que a paciente vive num estado de ansiedade que parece aumentar sobretudo quando recorda os episódios traumáticos da sua vida e enquadrado, não apenas nas reminiscências da sua história de vida, mas também, no quadro clínico complicado em que se encontrava na altura do acompanhamento.

É importante não esquecer, que além de ser periodicamente observada aos mais variados níveis físicos, (neurológico, cardiológico, gastroentrológico e ortopédico), Mariana, queixava-se de fortes dores permanentes nas pernas e nas costas, que lhe limitavam muito os movimentos e estava prestes a passar por uma nova cirurgia, o que lhe provocava certamente alguma ansiedade.

- Inventário de Depressão de Beck – (B.D.I.)

O resultado do Inventário de Depressão de Beck sugere um valor (28) enquadrado na norma relativa a uma depressão moderada mas em fase de agravamento (19-29).

Mariana, não aparenta ter uma tendência naturalmente depressiva. O seu estado depressivo adveio sempre de contingências fora do seu locus de controlo. O quadro clínico debilitado que sempre apresentou e as circunstâncias de vida em que se moveu, parecem ter desencadeado momentos de grande tristeza e melancolia que, ao longo das entrevistas, se foi adensando, dada a carga emotiva subjacente ao seu processo de consciencialização das suas tristezas e vazios e dos motivos que aí a levaram.

No entanto, a passagem por estes momentos terapêuticos dolorosos, parecem ter despoletado posteriormente uma primeira tomada de consciência no que se refere aos sentimentos de culpa que sempre a atormentaram.

Mariana, percebeu, pela primeira vez, que foi vítima de abusos psicológicos durante toda a infância e adolescência e que a responsabilidade dos mesmos terem acontecido era da mãe, que a abandonou, da tia, que a mal-tratou e humilhou, do tio, que a negligenciou e do padrasto que a assediou indirectamente, levando-a, mais uma vez, ao sentimento de culpa e de repulsa por si própria, face à rivalidade e ciúme maternos.

A depressão, sugerida pelo teste, parece revelar um *"wake-up call"* para a consistência e a relevância dos seus motivos internos, assim como, da sua verdade interior, bem diferente daquela em que a quiseram fazer crer. Parece ter sido também uma alavanca para a sua primeira, real, liberta, aceite e entendida raiva contra quem a fez sofrer e não contra si mesma.

- Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – T.A.S.-20

O resultado da escala de alexitimia sugere um valor sintomático muito baixo (39), o que aliás já ficara claro para mim ao longo do acompanhamento, uma vez que a paciente sempre identificou e expressou de forma muito precisa os seus sentimentos e emoções, tanto no que se relaciona com a sua história de vida, como em relação às pessoas que dela fizeram parte.

3.4. Estudo de Caso B

A) *Dados Pessoais:*

Nome: Edna Elias (nome fictício)

Idade: 42 anos

Profissão: Consultora Imobiliária

Escolaridade: 12º ano

Estado Civil: Casada

Filhos: 1 rapariga

B) *Pedido:*

Edna, veio à primeira entrevista por intermédio do seu Neurologista. As suas queixas iniciais, incidiam sobretudo nas dores e na fraca qualidade de vida que tinha fruto das mesmas. No entanto, ao fim de pouco tempo de consulta, começou a sobressair uma dificuldade base da paciente, de estar no mundo, em interacção, em relação. – ***“Sinto como se estivesse emparedada. Não consigo sentir nada por ninguém nem sentir o que sentem por mim.”***

C) *História Clínica:*

Edna, não apresentou nenhum problema de saúde adicional, para além do mal-estar provocado pela fibromialgia.

D) *História Evolutiva:*

Edna, é a primeira filha de um casal de classe média rural do interior do Algarve. Tem uma irmã, 10 anos mais nova. O pai, foi sempre um homem autoritário e exigente que subjugava a mãe, chegando a ser violento fisicamente, e que a subjugava a ela a um regime de clausura e de estudo desajustado à sua idade.

Aos 4 anos era obrigada a aprender números e letras e impedida de brincar com crianças da sua idade. Quando fugia, levava grandes tarefas e era castigada. A

mãe, mulher aparentemente submissa, deixava as decisões nas mãos do marido cuja própria mãe também a tratava muito mal.

Quando chegou à adolescência, Edna conta que a situação piorou consideravelmente. Tornou-se respondona e rebelde, tendo, dado, segundo ela, muito trabalho à mãe.

O pai proibiu que namorasse com o primeiro rapaz de quem gostou e Edna teve que acabar o namoro sem lhe dar uma explicação sobre os motivos da ruptura. Diz que sofreu em silêncio a revolta, a saudade e a dor pela zanga do namorado. Apesar disto, nunca lhe explicou o que se passara.

A sua relação com a sua mãe só melhorou quando teve a sua única filha. Já casada, mãe, diz que se aproximou muito dela por identificação.

- “Quando a minha filha nasceu, percebi muitas coisas que a minha mãe tinha sentido e como a minha irmã era ainda pequena, acabei por me tornar muito cúmplice da minha mãe naquilo que era a educação que ela dava à minha irmã e na que eu dava à minha própria filha. Aliás, a minha irmã, ainda hoje é como se fosse minha filha. Ainda agora lido muito mal com a escolha que ela fez de se casar com o namorado. Acho que ela merecia muito melhor. Ele enganou-me e meteu cheques pré-datados meus ao banco, antes das datas, num negócio que fiz com ele para o ajudar. Como tinha problemas de jogo e estava aflito, nem pensou duas vezes. Um dia, quando vou a ver o meu saldo, tinha lá menos 1000€ do que o previsto. Nunca mais consegui confiar nele. Eles, na altura, separaram-se mas ela acabou por voltar para ele e isso custa-me muito...não entra na minha cabeça”.

Quando tinha 28 anos, a mãe teve um tumor e acabou por ser acompanhada, ao longo do tempo que se seguiu, pela Edna que nunca aceitou, nem a doença e muito menos a morte da mãe; enclausurou-se e começou a afastar-se do mundo que a rodeava, revoltada por não ter sido antes o pai a morrer.

- “Acho que nunca cheguei a fazer o luto da morte da minha mãe. Vê-la sofrer daquela maneira, cada semana pior, depois da vida difícil que ela teve ao lado do meu pai, foi uma coisa que eu nunca consegui aceitar. Não percebo porque é que foi ela e não foi ele. Quando eu mais precisava dela e

quando finalmente podia começara descansar um bocado... desapareceu. Não consigo aceitar..."

O pai voltou a juntar-se algum tempo depois com uma senhora. Edna exigiu que a casa permanecesse como sempre esteve e que nada fosse alterado, nem fotografias, nem coisa nenhuma. O pai aceitou mas conta que a sua relação com ele continua fria. Diz que ele nunca quer ajuda para nada.

A relação com a filha e com o marido começou a deteriorar-se. Queria controlar as suas vidas e garantir que estava tudo a correr como devia mas não conseguia. O marido ia frequentemente para fora, em trabalho, e Edna começou a suspeitar do que ele sentia por ela e se teria alguém. Começou a sentir ciúmes mas sem saber bem de quê. Diz que o marido se queixava da sua frieza e distanciamento. Conta que uma das coisas de que se lhe queixava era o facto de ela fazer amor de uma forma muito sexual e pouco terna.

Diz:

- "Só consigo deitar para fora o que sinto naquele momento...é a minha forma de mostrar o que cá vai dentro, é quase como uma explosão...mas depois, no dia a dia, não consigo sentir nada, nem sentir o amor que ele diz sentir por mim. Parece que estou fechada..."

Com a filha, as coisas não iam melhor. Começou a haver um distanciamento por parte da mesma. Edna, não aceitava o seu namorado. Dizia não confiar nele por achar que só queria dar-se bem. Para além disso, preocupava-se muito com a saúde da filha que sofre de lúpus. Dizia querer ajudá-la mas não saber como. Achava que ela não tinha cuidado com ela e que se tornou fria e distante e muito fechada ao diálogo.

No trabalho as coisas começaram a complicar-se para Edna que aceitava mal que os patrões não lhe dessem ouvidos ao final de 20 anos de trabalho e metessem pessoas a trabalhar sem experiência do negócio.

A sua relação com os colegas de trabalho também não era das melhores por considerar que não havia trabalho de equipa. Entrou em ruptura com um dos colegas por este lhe ter tirado um cliente. No entanto, apesar de todas estas

contrariedades, Edna nunca dizia de forma objectiva o que pensava a quem a rodeava. Ia metendo para dentro. O máximo que fez foi queixar-se ao patrão, mas sem a presença do colega”.

- “ Esta semana foi uma semana terrível. Já cheguei à conclusão que é aquele sentimento que volta outra vez., nas situações em que estou muito exposta ao stress começo a cair em decadência e com uma sensação horrível de nostalgia e de afogamento. Aquela situação com o meu colega..., andei a digerir aquilo mas teve que sair para fora. Falei com o meu chefe e disse-lhe que não posso andar a trabalhar nestas condições, ele não estabelece regras e a dada altura é uma confusão. Gosto de trabalhar mas estão a tirar-me a minha motivação. Andam sempre a tentar tirar-me o tapete. Ou andamos todos para o mesmo lado ou vou-me embora. Acho que ele entendeu mas para além disso ando com o radar ligado, capto muita coisa no ar...sensações horríveis ...que as pessoas são um bocado falsas comigo, no trabalho sobretudo. Se calhar ainda tem a ver com as minhas expectativas...esperava que as pessoas fossem mais transparentes, acho que tenho que começar a proteger-me um pouco mais...parece que não sabem o que querem e aproveitam o que têm à mão para se aproveitar da situação. Nunca senti competitividade por parte dos colegas homens, até agora...Faz 10 anos que estou nas vendas e até aqui sempre fomos iguais mas desde que este colega entrou que noto que ele quer ser o maior mas isso é lá com ele, no meu espaço não entra... e isso está a revoltar-me. Tenho tentado não ligar mas agora já não aguentava mais. Tive que dizer o que sentia.(...) Para mim, apesar de ter 30 anos, é um gaiato, é uma atitude muito criança. (...) Tenho medo de dizer o que penso porque receio explodir ... ir para outro tipo de atitude pouco desejável...tenho medo... ainda não aliviei completamente...se digo o que penso tenho que tomar uma decisão mais drástica que não quero ainda tomar.”

Edna, evitava o confronto por recear explodir, como se as consequências fossem insuportáveis. Aguentar a reacção do outro, fazer-se respeitar abertamente, conseguir integrar dois dados na mesma experiência, permanecer no seu local de trabalho fazendo-se ouvir, ao contrário de sair, caso as coisas não fossem como queria, eram atitudes que não demonstrava estar preparada para assumir.

- *“Isto mexe comigo de uma maneira que...parece que fico inerte...na semana passada quando saí daqui, no dia seguinte, senti como se tivesse aberto uma porta, estava com vontade de trabalhar mas depois entro ali...e ...acabo por sair do escritório porque quero trabalhar mas não consigo fazer ali dentro, fico claustrofóbica, parece que aquilo já não é o meu mundo (...) As coisas começam a ter um aspecto que não me agradam. A pessoa tem uma forma de viver muito diferente. Se eu sou tão transparente, como é que estou a trabalhar com alguém tão diferente de mim?”*

Era-lhe difícil aceitar que os outros pensassem e sentissem de forma diferente e quando assim era, revoltava-se, tocava e fugia.

- *“ É que isto depois começa a mexer com as outras vertentes da minha vida. Fico completamente em baixo, com um cansaço enorme, com uma tristeza horrível, parece que o mundo vai desabafar a qualquer momento, não me apetece fazer mais nada, tem sido uma luta...Na semana passada, saí daqui bem, tinha voltado a mim, com desejo de trabalhar, consciente de tudo isso, e de repente... volta a nostalgia, o ruminar, ruminar, ruminar...mas acho que isto tem a ver um bocadinho com a doença. Já no ano passado senti esta tristeza, este estado depressivo, parece que o mundo não vive para mim e eu não vivo para o mundo, parece que estou numa ilha, um bocadinho à deriva. Apetece-me fechar...mas faz-me confusão porque tão depressa estou em cima, como estou em baixo. ”*

Por outro lado, apresentava uma enorme insegurança.

- *“Gostava de vir a abrir uma coisa minha, pôr em prática as ideias que tenho mas também receio que o meu marido não compreenda e que me ache impulsiva como achou da primeira vez que saí”.* (Edna, já se tinha despedido uma vez e um tempo depois voltou).

A rigidez de Edna, impedia-a de dar e receber sem expectativas, o que acabava sempre em frustração. Esperava sempre ser recompensada pela sua abnegação, pela irmã, pela filha, pela equipa de trabalho. Por outro lado apresentava uma grande necessidade de controlar as situações e as pessoas que a rodeavam, fruto do medo que sempre tinha de que algo ficasse fora do seu alcance.

E) Análise da História:

Edna, foi a única paciente que fez questão de estender o acompanhamento psicológico para além do período de observação; vem semanalmente do Algarve desde o início. No entanto, nas primeiras sessões, chegou a faltar quando a resistência física lhe faltava.

Edna apresentava um semblante desconfiado, expectante e assustado. No início do apoio, sentia que era muito importante deixá-la falar do que sentia, permitir que se encontrasse com o seu interior. Fazia lembrar um bicho assustado e em permanente alerta embora acabasse sempre por ouvir com grande interesse as minhas intervenções.

Sentia que se não lhe desse o devido tempo, Edna poderia rapidamente, na sua ambivalência objectal estrutural, esquivar-se.

Ora, podia ser vista por ela como a psicóloga, mulher mais nova e sem experiência, que ousava intervir na gestão dos seus pensamentos e sentimentos, sem saber como era ser ela..., ora, no desejo de me agradecer por estar lá para a ouvir, podia absorver as minhas observações com ininterrupta atenção e esforço de interiorização, como se fizesse depender a estabilidade da semana seguinte daquilo que eu lhe ia devolvendo de forma neutra.

Edna revelava uma grande insegurança, sugestionabilidade, rigidez de pensamento e locus de controlo externo como se a responsabilidade pelo seu mal-estar fosse sempre mais dos outros do que de si própria.

Treinada desde muito cedo para a funcionalidade (pelo pai), Edna teve um modelo de representação feminino, submisso e permissivo por parte da mãe.

A paciente aprendeu a executar, sem exteriorizar os seus sentimentos.

Ao ouvi-la dizer que deu muitas dores de cabeça à mãe, na adolescência, senti no seu discurso uma certa culpa por ter ousado zangar-se e fazer uso da sua voz numa fase da sua vida em que ainda parecia não ter concluído o “treino” de

obediência e operacionalidade na totalidade, em que persistiam zonas de si resistentes à opressão externa e dispostas a viver.

Os seus ritmos internos foram desde cedo alterados. Parece sentir, em adulta, falta da criança que não pôde ser e da adolescente que lhe raptaram mas rapidamente substituiu esse desejo de libertação pela ilusão da funcionalidade e da competência no papel maternal que assumiu, tanto da sua irmã, como da sua filha.

Edna, estava, nessa altura, ao nível da sua mãe. Era uma mulher ao lado de outra mulher, com quem podia falar, de igual para igual. Nesse encontro, sentiu-se importante e útil.

O mesmo aconteceu nos cuidados de saúde que lhe prestou até à sua morte. Identificou-se com a mãe, existiu através dela e fez-se útil para ela. Era uma adulta, fotocopiada, mas ainda assim uma adulta.

Quando a perdeu, fechou-se, como se parte de si tivesse morrido também, como se parte da sua razão de ser e de funcionar, tivesse deixado de existir.

Com a irmã e com a própria filha, não podia agir como com a sua mãe porque ambas tinham já existência e pensamento próprios, o que dificultou muito o reencontro entre ambas.

Com o marido, conseguia existir na cama através da funcionalidade sexual mas não através da expressão emocional dos seus afectos.

Edna estava presa dentro de si mesma e de esquemas funcionais que embora a mantivessem aparentemente operacional, não lhe permitiam libertar-se e viver como queria:

- “Sinto que preciso de aprender a deixar fluir a vida...”

Edna demonstrava grande ambivalência em relação às pessoas que amava. Ora queria absorvê-las e viver a vida por elas, ora quando não iam ao encontro da sua vontade, passava a calar a raiva que isso lhe provocava e caía em momentos de grande ansiedade e depressão.

Ao mesmo tempo que se zangava, não conseguia expressar essa emoção. Fechava-a dentro de si e fechava-se aos outros.

À medida que me foi trazendo as suas queixas em relação a quem a rodeava, fui tentando ajudá-la a estabelecer uma ponte entre o passado e o presente.

As suas primeiras relações ensinaram-lhe, por um lado, o controlo e, por outro, a submissão.

Edna, queria controlar as decisões da irmã e da filha mas como não conseguia, subjugava-se às suas necessidades. Ia diariamente visitar a sobrinha, a casa da irmã, apesar do desagrado que sentia de se encontrar com o cunhado e do mal-estar que corria o risco de fazer sentir a sua própria irmã.

Dizia que lá ia porque estabeleceu uma relação com a bebé muito pura, em que podia voltar a ser criança com ela e receber o afecto que dava sem medos.

Sinto que lá ia porque lhe era devolvido, em cada visita, o sentimento de devolução do reconhecimento por permitir à irmã que viva na sua própria casa sem pagar renda, mas também por ser uma maneira subtil de controlar a vida da mesma.

O mesmo se passava em relação à filha cujo namoro não aprovava. Queria saber mais, entender, poder ter uma palavra a dizer, mas por outro lado, tinha dificuldade em estabelecer os seus próprios limites dentro de casa perante ela.

Se não conseguia fazer com que arrumasse uma caneca ou um prato, arrumava-o ela no seu lugar. Os seus direitos e os seus deveres estavam totalmente misturados na gestão que fazia da sua própria vida.

Foi necessário ajudá-la a recordar a raiva e o medo sentidos em relação ao pai sempre que este desrespeitava os seus ritmos e o seu desenvolvimento, sempre que batia na sua mãe, sempre que exercia o seu controlo, limitando-lhe os movimentos.

Foi muito importante também, ajudá-la a tomar consciência de que o seu modelo de funcionamento relacional se baseava na dádiva expectante de retorno pelo seu desejo de reconhecimento e insegurança.

- (...) “Parece que o mundo não vive para mim e eu não vivo para o mundo...”

A paciente apresentava um esquema mental muitíssimo rígido que lhe dificultava a possibilidade de considerar mais do que uma hipótese e integrá-las na resolução de um problema.

Para Edna, existia, apenas, o “ou..., ou...” mas não o “também”.

- (...) “Tenho medo de dizer o que penso porque receio explodir ... ir para outro tipo de atitude pouco desejável...tenho medo... ainda não aliviei completamente...se digo o que penso tenho que tomar uma decisão mais drástica que não quero ainda tomar.”

Foi também necessário ajudar esta mulher a fazer o luto da morte da sua mãe e a ajudá-la a aceitar o facto incontornável de que foi ela que morreu e não o pai mas que isso não significava que também ela tivesse que morrer o que o mundo fosse um sítio injusto e ameaçador por esse motivo.

- “ Acho que nunca cheguei a fazer o luto da morte da minha mãe. Vê-la sofrer daquela maneira, cada semana pior, depois da vida difícil que ela teve ao lado do meu pai, foi uma coisa que eu nunca consegui aceitar. Não percebo porque é que foi ela e não foi ele. Quando eu mais precisava dela e quando finalmente podia começara descansar um bocado... desapareceu. Não consigo aceitar...”

Oito meses depois do início do apoio Edna está mais solta, mais liberta e, como ela própria diz, mais próxima de si.

- “ Acho que estas vindas a Lisboa me têm ajudado a estar comigo mesmo. Às vezes, venho a pé pela rua abaixo só a sentir o ar da manhã e a paz de estar comigo própria. Acho que nunca tinha tido momentos só para mim. Sinto-me mais genuína, mais verdadeira...”

Por outro lado, Edna parece ter vindo a descobrir que o único controlo que pode ter é o da sua própria vida e que as expectativas que deve cultivar devem ser sempre mais em relação a si própria do que em relação aos que a rodeiam, sob pena de se frustrar a cada momento porque ninguém tem o poder de adivinhar o que se passa no seu mundo interno se não lhe for explicado. Este registo abrange a sua relação com marido, filha, irmã, colegas de trabalho, etc...

Edna começa agora a fazer planos para o futuro. Diz que tem muitas ideias para pôr em prática no seu trabalho e que se sente viva e com vontade de realizar coisas novas. Vai fazer uma especialização na sua área e começa a dar-se conta de que tem que modificar alguns dos seus comportamentos com clientes e colegas, nomeadamente o de fazer com que a respeitem.

- “ Sinto que chego ao trabalho, concentro-me no que quero fazer e já nem ligo ao que se passa à minha volta. Ando com tantas ideias para pôr em prática, que nem me dou conta do resto. “

- “ No outro dia, cheguei do cabeleireiro, e um colega que lá trabalha mas com quem nem tenho muita confiança virou-se para mim, já depois de ter feito várias piadinhas de mau gosto sugerindo que eu ando com a mania, e disse-me: - “Ah, leoa!” - Pois, é que nem estive com coisas. Fui direita a ele e disse-lhe: “ Vamos lá ver senos entendemos, o senhor, a partir de hoje, não me dirige mais a palavra a não ser para falar de trabalho porque eu nem lhe dei confiança para este tipo de abusos, nem tenho que estar a ser invadida por si.” - No dia seguinte nem lhe dirigi a palavra já para não lhe dar azo a abusos. Mas é engraçado que não sou só eu que me sinto diferente. Toda a gente nota.”

Já não se queixa no sentido de culpar quem a rodeia. Parece mais madura e responsável pelos seus próprios actos.

Dizia, na última sessão, que desde que anda mais concentrada em si própria e nos seus projectos, a sua relação com a família parece ter melhorado. Trocam opiniões mas sem se atropelarem. A filha anda mais carinhosa e o marido mais próximo, sendo-lhe já possível expressar fluidamente o que sente.

Deixou de ir todos os dias a casa da irmã. Sugeriu-lhe antes que a deixasse ir buscar a bebé ao infantário no sentido de a ajudar e levá-la para sua casa até que a fosse buscar depois do trabalho. Desta forma, não abdica da relação com a sobrinha, não se obriga a uma situação desagradável de encontro com o cunhado, ajuda a irmã sem a invadir mas delinea os seus próprios limites e desejos. Quer amar sem obrigações.

Ao fim de oito meses de terapia, Edna concentra-se hoje mais nos seus projectos, do que na vida alheia. Já não põe a hipótese de se despedir pelo facto de as coisas não serem exactamente como gostaria mas considera um tempo de espera e de aprendizagem para preparar uma mudança de vida profissional.

Na última sessão, quando lhe pergunto como se tem sentido fisicamente, responde-me:

- “ Sabe que parece que ultimamente aguento melhor as dores. No outro dia, estava perdida com dores mas disse para mim mesma: Não, vou fazer frente a isto. - Tomei um comprimido e fui trabalhar. No dia seguinte, levantei-me às 5h da manhã, fui buscar uns amigos a Sevilha, voltei, fui a uma reunião com uns clientes, passei pelo escritório, ainda fui ao cabeleireiro, fui buscar a minha sobrinha, quando a mãe a veio buscar ainda tive a arranjar umas roupas e quando dei por mim, o dia tinha passado e eu não tinha tido dores nenhuma.”

Ao desbloquear as suas angústias, ao dar sentido ao seu enclausuramento inicial e desejo de isolamento, ao defrontar-se com os seus medos de rejeição e com os motivos por trás da claustrofobia de que se queixava, Edna parece ter aberto a barragem do rio que é sua vida.

Hoje, sente que tudo flui mais naturalmente. Já consegue sentir os afectos sem medo, já não substitui a sua vida pela dos outros, já existe por si mesma sem a sede inicial de simbiose relacional que apresentava.

À medida que a sua mente se foi soltando e que lhe foi permitindo fazer renascer a sua essência, o seu corpo parece também ter-se tranquilizado, não precisando já tanto de gritar através da dor física o que a sua repressão psicológica inicial calava.

Os sintomas físicos parecem ter sido substituídos por novos projectos, por esperança renovada de continuidade e perspectivas de uma vida mais interessante.

F) Exame do Estado mental:

□ Orientação e Percepção

Edna, apresenta uma adequada orientação espácio-temporal, revelando uma noção clara e objectiva acerca do passado, do presente e do futuro, assim como, percepção mental e corporal ajustadas à realidade, sem evidência de sintomas de alucinação ou de despersonalização.

□ Cognição

A paciente nunca demonstrou transtorno formal do pensamento nem dificuldades na comunicação ou lapsos de linguagem significativos e embora apresente traços depressivos, nunca revelou ter tendências suicidas.

□ Afectos

Edna, nem sempre conseguiu fazer associações imediatas entre as suas mágoas e as suas expectativas. No início do apoio, queixava-se muito das dificuldades que tinha em aceitar as escolhas de vida da irmã e da filha relativamente aos respectivos companheiros, queixava-se de não conseguir sentir o afecto que o marido dizia sentir por ela, nem mesmo de conseguir demonstrá-lo, queixava-se dos patrões, dos colegas e até mesmo dos clientes.

Os seus afectos estavam repletos de mágoa, de sentimento de ingratidão por parte dos que a rodeavam e de desejo de isolamento.

Foi preciso ajudá-la a dar sentido à mágoa e à frustração para que o relato das suas emoções comesçassem a estar em consonância com os episódios vividos.

Com o passar do tempo, as queixas foram diminuindo e o assumir de responsabilidade foi crescendo, não apenas no discurso, como na postura gradualmente assumida perante a realidade exterior.

□ **Acção**

Embora Edna tenha apresentado uma postura um pouco defensiva no início do apoio, à medida que o tempo foi passando o seu sistema defensivo foi relaxando até ao ponto de conforto na relação terapêutica.

Dada a sua hiper-vigilância inicial, foi necessário, primeiro ouvi-la, para aos poucos, ir dando eco às suas intervenções, de forma neutra.

Edna foi impedida desde cedo de viver ao seu ritmo, pelo que foi necessário ajudá-la a reencontrar-se a esse nível.

A sua impulsividade latente, a sua rigidez apresentam-se como fruto de um fechamento precoce e profundo a que foi submetida, pelo que o seu funcionamento geral aponta sempre para o formal, mais do que para o essencial, ou seja, Edna, dá para receber em todas as áreas da sua vida, sendo capaz de se levar ao limite, não respeitando as suas necessidades e ritmos internos, o que acaba frequentemente por degenerar em fugas, quando deseja deixar o trabalho e fechar-se em casa ou quando utiliza o sexo com o seu marido, mais como via de explosão, do que de relaxamento e harmonia, quase como se esse fosse um momento de luta e não de encontro com as suas emoções.

Por outro lado, esta abnegação leva a que frequentemente tenha dificuldade em impor os seus próprios limites, o que desencadeia raiva contida, transformada em dor física, frustração e insegurança.

□ **Características do Ego**

Quando iniciou o apoio, a paciente apresentava algumas dificuldades de diferenciação entre o seu mundo interno e o mundo externo. Era como se lhe fosse muito difícil aceitar o pensamento alheio, sobretudo se fosse contra as suas expectativas.

O mesmo se passava relativamente às imposições da realidade, tal como, a não aceitação da morte da sua mãe. Edna levou muito tempo até interiorizar este facto como algo de incontornável e separado de si. Isto é, foi preciso algum tempo para a fazer olhar para a parte de si que julgava morta, como se morrendo sua mãe, também parte dela tivesse morrido.

□ **Relações Objectais**

Edna estabeleceu desde cedo uma relação de medo com o pai que acabou por se transformar em revolta contra este.

O mesmo não se pode dizer da mãe, com quem parece ter tido uma relação mais pacífica, embora a rebeldia adolescente vivida sobretudo em relação a esta me levem a considerar que a submissão materna ao pai, pode ter despoletado um sentimento de zanga na paciente, para além de uma sensação inconsciente de abandono, na medida em que nunca se impôs ou fez frente ao pai no que se relacionava com a educação da filha, nomeadamente quando a impedia de brincar em criança para a obrigar interiorizar conceitos demasiado complexos para o seu nível de desenvolvimento.

Não obstante a sua rebeldia adolescente, Edna parece ter assimilado o modelo de funcionamento abnegado de sua mãe, vivendo sempre em função dos que a rodeiam e na expectativa de ser reconhecida e amada por estes.

Este funcionamento, faz com que Edna acabe sempre por viver experiências relacionais ambivalentes, em que idealiza ou desvaloriza os objectos de amor consoante a respostas dos mesmos aos seus desejos em vez de os perceberem de modo inteiro.

Edna continua à espera de aceitação, o que revela alguma imaturidade ao nível das relações estabelecidas.

Por outro lado, só recentemente foi possível a Edna consciencializar-se da perda da mãe, invocando-a a sua imagem interna de forma cada vez mais tranquilizadora.

□ O Self

Edna apresentou desde o início um self frágil, inclinado a uma diminuição de auto-estima quando sujeito a uma menor resposta afectiva. As respostas positivas por parte das pessoas significativas são para a paciente muito importantes para se manter segura.

Algumas vezes, foi possível assistir a uma transferência idealizadora através de uma atitude de escuta expectante das minhas intervenções, como se o que lhe estivesse a dizer pudesse ser um remédio salvador da sua angústia.

Esse efeito era facilmente verificável pelo seu semblante grato e pelas “pérolas” que me trazia em sessões seguintes:

- **“ Esta semana, correu melhor. Pensei no que aqui falámos e parece que me sinto mais liberta, parece que as coisas fluem melhor”.**

No início do apoio, a sua projecção de sentimentos e emoções em quem a circundava era frequente.

- (...) **“No dia a dia, não consigo sentir nada, nem sentir o amor que ele diz sentir por mim”.**

Nesta fase, dizia-me não ter certezas do que o marido sentia por ela. Ela própria não conseguia mostrar o que sentia, embora gostasse dele. Fechava-se e cortava a comunicação.

- (...) **“Sinto que não há comunicação e depois, já se sabe..., quanto menos se fala, com mais bichinhos se fica na cabeça...”**

Não obstante, as suas inseguranças e projecções, Edna nunca revelou episódios delirantes ou de despersonalização.

□ Resultado dos Testes Aplicados:

- Inventário Multifásico da personalidade do Minnesota – (Mini – Mult)

			T.Neurótica			T.Prn.	T. Psicótica				
			HS	D	HY	PD	PA	PT	SC	MA	
L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9	
T.BRUTO	1	4	5	8	17	16	12	7	14	17	10
NOTA BRUTA	4	11	11	18	44	35	30	17	34	48	25
NOTA T	47	57	47	65	87	72	83	70	80	103	70

Quadro 4

Escalas de carácter

Escalas clínicas

F- K= 10

AI= $[(HS+D+HY)+((D+PT)-(HS+HY))]=$ 105

3

IR= $\frac{HS+D+PT}{3} =$ 1

HY+PD+MA

IG= $L+PA+SC-PT-HY=$ 68

AV=X das notas T das escalas= 71

NORMAS

F- K= menos 12/+8 - normal

AI= Até 50

IR= Até 1

IG= <40 - n. Esq./ >40 - Esq./[41-99] – indeterminado

AV= >70- elevação anormal

- Interpretação dos Resultados:

- Escalas de Validade:

T.L. = 47 – É uma pontuação média que sugere que a paciente admite selectivamente certas falhas mas tende a defender-se relativamente às que lhe parecem mais criticáveis do ponto de vista social ou moral.

T.F. = 57 – É um valor moderado que sugere um certo inconformismo e pessimismo por parte da paciente, assim como, uma rebeldia contra as normas que lhe foram impostas.

T.K. = 47 – Este valor apresenta-se ligeiramente abaixo da pontuação média. O seu sistema de defesas, sugere alguma precariedade, (motivado pelo excesso de tensão a que foi submetida desde cedo), pouco controle das emoções e do comportamento.

- Outros Indicadores:

- Índice de Dissimulação:

F-K = 10 – Este resultado é normativo, o que significa que a paciente não apresenta mecanismos de dissimulação.

- Índice de Ansiedade:

A.I. = 105 – Este índice apresenta-se muito acima da norma, o que sugere um elevadíssimo estado de ansiedade por parte da paciente.

- Coeficiente de Internalização:

I.R. = 1 – Este valor encontra-se no limiar da significância, o que sugere m locus de controlo mais externo.

- Índice de Golberg:

IG = 68 – O valor de I.G. apresenta um valor indeterminado para o diagnóstico da esquizofrenia. No entanto, as escalas 1, 2, 3 e 4, apresentam valores bastante elevados o que sugere, por parte da paciente, rigidez do pensamento, dificuldade na interacção social, pessimismo, imaturidade, dificuldade no controlo dos impulsos e ansiedade.

- Escalas Clínicas:

Os valores mais elevados das escalas clínicas apresentaram-se da seguinte forma, por ordem decrescente:

1. Sc (Esquizofrenia) = 103
2. D (Depressão) = 87
3. Pd (Psicopatia) = 83
4. Pt (Psicastenia)= 80
5. Hy (Histeria)= 72
6. Pa(Paranóia) = 70
7. MaA(Mania) = 70
8. Hs (Hipocondria)= 65

A escala Sc, embora elevada, não significa que a paciente sofra de esquizofrenia, mas sim, que na altura do teste, passava por uma fase de isolamento e dificuldades de adaptação ao meio circundante. Por outro lado, pode sugerir também um estado de neurose grave, se levarmos em conta o elevado valor de Pt que apresenta, o que sugere insatisfação, ansiedade e medo.

A escala D, superior à escala Pt, sugere melancolia, lentidão e mau funcionamento físico significativos.

A escala Pd, apresentando um resultado elevado sugere imaturidade, impulsividade e dificuldade no controlo dos impulsos e nas relações interpessoais.

A escala Pt, fazendo igualmente parte do conjunto das escalas mais elevadas do funcionamento da paciente sugere um funcionamento ansioso, insatisfeito, emotivo e rígido.

A escala Hy, apresentando um resultado significativo, sugere um funcionamento imaturo e sugestionável e dificuldade acentuada em lidar com agressão e com stress.

As escalas Pa e Ma apresentam o mesmo valor considerado moderado, o que sugere que o resultado da paciente está dentro da norma para ambas as escalas.

O valor da escala Hs, apresentando-se acima da norma sugere que a Edna apresenta um funcionamento imaturo, pessimista e queixoso.

- State -Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.)

Os resultados do questionário de auto-avaliação de ansiedade estado/traço, sugerem um valor sintomático moderado (Sy-1=58 e Sy-2=56) tanto para a ansiedade/estado, como para a ansiedade/traço, embora a primeira seja ligeiramente superior à segunda, o que me leva a estimar que o estado ansioso da paciente aumenta quando se expõe emocionalmente ou quando relata episódios stressantes ou recorda eventos difíceis.

- Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.)

O resultado do Inventário de Depressão de Beck (B.D.I.) sugere um valor sintomático de depressão grave (30), o que me leva a considerar que a paciente se encontrava num momento acentuadamente depressivo no início do apoio.

- Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens - TAS-20

O resultado da Escala de Alexitimia sugere um valor abaixo (49) do normativo, o que me leva a considerar estar em consonância com as observações feitas durante o processo terapêutico, durante o qual, a paciente nunca revelou dificuldades em identificar sentimentos ou emoções, nem mesmo em expressá-los, fosse em relação a pessoas ou situações.

IV. RESULTADOS OBTIDOS NOS TESTES APLICADOS

A título de reflexão considerámos que seria interessante dar a conhecer os resultados dos testes de todas as pacientes com fibromialgia atendidas, incluídas as que fazem parte dos estudos de caso apresentados anteriormente. Embora os mesmos não permitam extrapolações ou generalizações, podem eventualmente servir de trampolim para uma futura investigação mais aprofundada na área.

Eis os resultados:

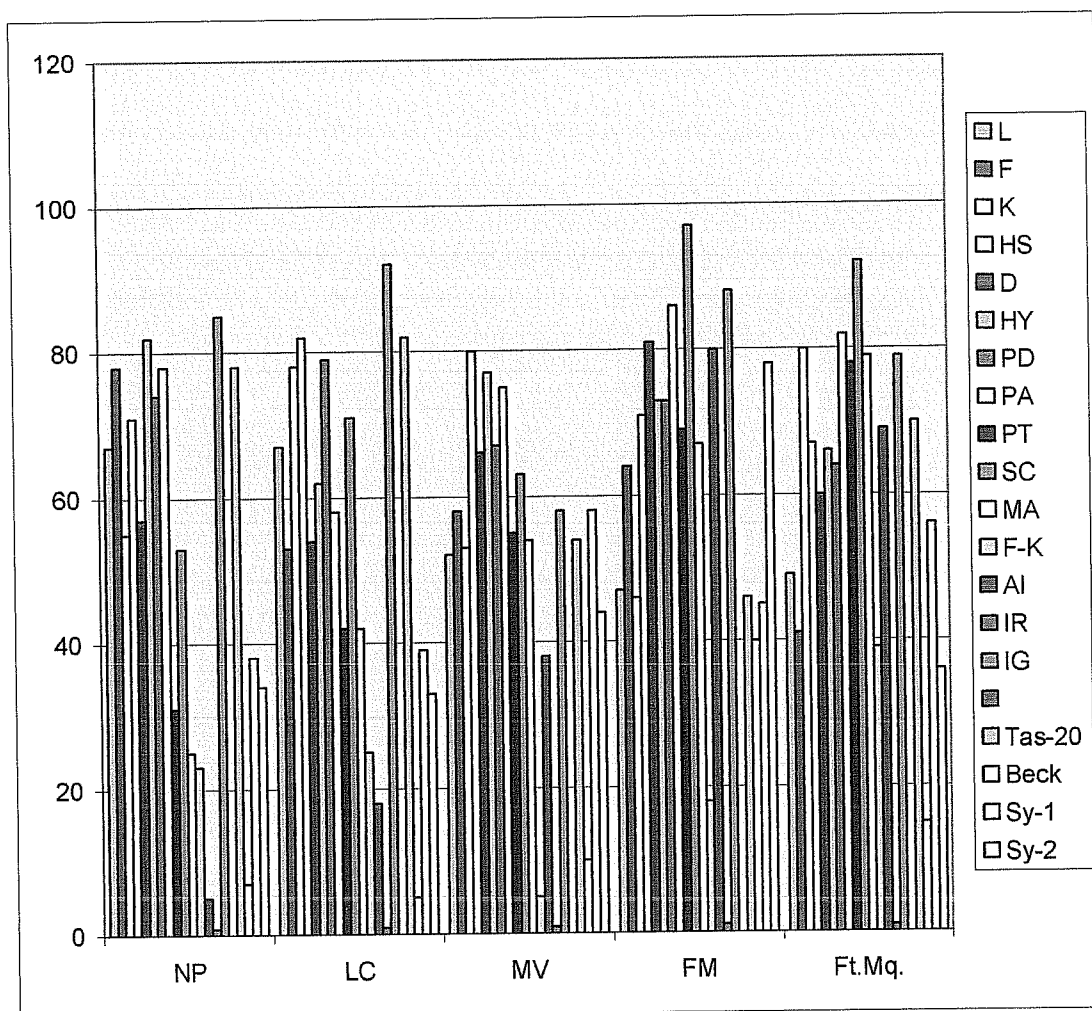


Gráfico.1

- Inventário Multifásico da Personalidade do Minnesota – Mini – Mult

Os resultados dos Mini -Mult aplicados às pacientes sugerem os seguintes resultados:

Valores de L – Cinco em sete sujeitos obtiveram resultados médios; podemos considerar que a maioria dos sujeitos admite selectivamente certas falhas.

Valores de F – Cinco em sete sujeitos obtiveram resultados médios; Podemos considerar que a maioria dos sujeitos apresenta sinais de inconformidade e pessimismo.

Valores de K – Três em sete sujeitos apresentaram sintomas moderados; Os valores desta escala estão muito dispersos pelos sujeitos, embora possamos referir que três deles, sugiram um sistema de defesas adequado, com aceitação de si mesmo, o que reflecte ajustamento, equilíbrio e competência para lidar com situações mais stressantes.

Valores de Hs – De um modo geral elevados; Podemos considerar que os valores sugerem imaturidade, pessimismo, teimosia e preocupações corporais, por parte dos sujeitos.

Valores de D – Três em sete apresentaram sintomatologia elevada; Os valores desta escala estão muito dispersos pelos sujeitos, embora possamos referir que três deles, sugiram apatia, pessimismo, retracção e auto-punição.

Valores de Hy – Cinco em sete sujeitos apresentaram sintomatologia elevada; Podemos considerar que os valores sugerem imaturidade, egocentrismo, sugestionabilidade e narcisismo por parte dos sujeitos.

Valores de Pd – Quatro em sete sujeitos apresentaram sintomatologia elevada; Podemos considerar que os valores sugerem imaturidade, impulsividade, agressividade e dificuldades sociais por parte dos sujeitos.

Valores de Pa – Valores dispersos entre os sujeitos; Podemos considerar que uma parte da amostra está dentro dos valores moderados e que a outra parte sugere sentimentos de perseguição e falta de autoconfiança por parte dos sujeitos.

Valores de Pt – Três em sete sujeitos apresentaram sintomatologia moderada; Os valores desta escala estão muito dispersos pelos sujeitos, embora possamos referir que três deles sugiram sentimentos de autocrítica, perfeccionismo, moralismo e obsessões por parte dos sujeitos.

Valores de Sc – Quatro em sete sujeitos apresentaram sintomatologia elevada; Os valores da escala sugerem perturbação do pensamento e ao nível da identidade e dificuldades ao nível da socialização. No entanto, a elevação nesta escala deve ser enquadrada na conjuntura de vida das pacientes, uma vez que apresentam imaturidade e dificuldades sociais, o que não significa que sofram de esquizofrenia.

Valores de Ma – Três em sete sujeitos apresentaram sintomatologia elevada; Os valores desta escala estão muito dispersos pelos sujeitos, embora possamos referir que 3 deles sugiram hiperactividade, euforia, irritabilidade e dificuldade de controlo dos impulsos, assim como superficialidade nas relações.

Valores de F-K - Três em sete sujeitos apresentaram sintomatologia elevada; Os valores desta escala estão muito dispersos pelos sujeitos, embora possamos referir que 3 deles sugiram tentativa de dissimulação pela positiva por parte dos sujeitos, o que pode acontecer por extrema rigidez ou por puro negativismo.

Valores de A.I. – Três em sete sujeitos apresentaram sintomatologia baixa, três apresentaram sintomatologia muito elevada; Os índices de ansiedade dos sujeitos estão equilibrados entre metade pouco ansiosa e metade muito ansiosa.

Valores de I.R. – Quatro em sete sujeitos apresentaram sintomatologia média; Os sujeitos apresentam de forma geral um índice de internalização normativo.

Valores de I.G. – Todos indeterminados; Os sujeitos apresentam de forma geral valores indeterminados para o índice de esquizofrenia.

- State -Trait Anxiety Inventory – (S.T.A.I.)

Os resultados sugerem que, na sua maioria, (cinco em sete), os sujeitos apresentam uma ansiedade/estado/traço baixa ou moderada.

- Inventário de Depressão de Beck - (B.D.I.)

Os resultados sugerem que quatro em sete sujeitos revelou baixa sintomatologia depressiva, um revelou sintomatologia depressiva alta e dois revelaram sintomatologia muito alta.

- Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens – (T.A.S.-20)

Os resultados sugerem que na sua maioria, os sujeitos apresentam índices de alexitimia baixa a moderada (seis em sete).

V. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Os pacientes com Fibromialgia sofrem de ansiedade e de depressão desencadeadoras do fenômeno somático ou estes quadros surgem como resultado do mal-estar físico generalizado inerente à doença?

Os vários estudos consultados para este trabalho e descritos na fundamentação teórica revelam que embora permaneça em aberto a discussão no que se refere à relação entre depressão e índice de dor, parece existir associação entre o histórico psicopatológico do indivíduo e as estratégias de coping utilizadas.

Indivíduos com fibromialgia, sem historial depressivo parecem empregar melhores estratégias para lidar com a dor do que indivíduos com historial depressivo. (Tennen, Eberhardt & Affleck, 2006)

O mesmo parece acontecer com a influência da ansiedade nos efeitos suplementares de dor em pacientes com Fibromialgia (Kurtze, Gundersen & Sveback, 1998).

Por sua vez, Epstein et. al. (1999) constataram que pacientes com Fibromialgia, revelavam prevalência de depressão major e de distúrbios de pânico frequentes e que esses quadros se tinham mantido ao longo das suas histórias de vida.

Os resultados dos testes, ainda que não significativos, dada a parca dimensão da amostra não permitir generalizações para a população geral portadora de fibromialgia, sugere que a maior parte revela sintomatologia depressiva variável. Quanto aos níveis de ansiedade, as pacientes observadas apresentavam ansiedade/estado/traço baixa ou moderada. Do que pudemos observar ao longo da investigação, não obstante os resultados dos testes, todas elas tinham históricos variáveis de ansiedade ou depressão .

Partir do princípio que apenas pessoas depressivas ou ansiosas estão sujeitas ao síndrome de fibromialgia apresenta-se como uma análise simplista e redutora. Não obstante, parece-nos evidente que quanto maior é a tendência para a vulnerabilidade psicológica, maiores são as probabilidades de desgaste do funcionamento sistémico do organismo humano.

Sendo a fibromialgia uma doença crónica e sistémica, é natural que sujeitos com histórias de vida sujeitas a situações de ansiedade e depressão mais frequentes, fiquem mais propensos a sentimentos de desconforto e de extenuação física.

Apenas faz sentido afirmar que a ansiedade e depressão surgem na sequência da doença, se considerarmos que o mal-estar físico, limitando a movimentação, reduz muito a qualidade de vida do sujeito que naturalmente pode ficar melancólico ou ansioso com a situação. No entanto, julgamos que essa situação se aplica a qualquer situação de incapacidade física e não apenas à fibromialgia.

2. Existe uma personalidade-padrão no paciente fibromiálgico?

O *Inventário Multifásico da personalidade do Minesota* aplicado às pacientes observadas neste estudo, sugere que a maior parte apresenta sinais de pessimismo, inconformidade, impulsividade, egocentrismo, imaturidade e dificuldades nas relações pessoais.

Da observação que fizemos ao longo do apoio psicológico, verificámos que duas das características mais ou menos comum a todas as pacientes passavam pela rigidez de pensamento e abdicação pessoal em detrimento dos outros com vista ao reconhecimento e ao afecto.

As expectativas elevadas em relação às figuras significativas, por norma idealizadas, acabavam em regra por levar a sentimentos de grande mágoa, raiva e sentimentos de baixa auto-estima.

Outra característica observada relativamente a estas pacientes, liga-se ao facto de todas serem "cuidadoras profissionais". São mulheres extraordinariamente funcionais que cuidam dos seus entes queridos como autênticas mães, mesmo que estejamos a falar dos conjugues, por exemplo. No entanto, esse cuidado prestado parece servir de preenchimento de vazios afectivos que estão sempre na esperança de colmatar através da aceitação alheia, nem que para isso tenham que esquecer sonhos e projectos pessoais.

3. O paciente com Fibromialgia sofre de estados de ansiedade ou tem uma propensão para a mesma (traço)?

Embora os testes aplicados às pacientes não o sugiram, a verdade é que encontramos nas histórias de vida de todas as senhoras ouvidas, uma certa tendência para a ansiedade, resultante do enquadramento em que as mesmas se desenrolaram.

Nenhuma das pacientes apresentou um percurso sereno e sem sobressaltos. Muito pelo contrário. Todas passaram, de formas diferentes, por episódios ansiogénicos que as marcaram.

À medida que os acompanhamentos iam decorrendo e que as pacientes iam ouvindo o eco do seu sentir, através das nossas intervenções, constatámos, no entanto, que o seu nível de alerta baixava e que a sua propensão para lidar com a doença melhorava. Talvez por irem entendendo, pouco a pouco, o fundamento das suas reais dores se lhes fosse tornando menos difícil lidar com a dor física.

4. O paciente com Fibromialgia apresenta sintomas alexitimicos?

Com excepção para dois casos, que considerámos apresentarem alguma dificuldade na expressão dos seus sentimentos e emoções, a verdade é que, em nenhum momento, considerámos que as pacientes tinham dificuldades alexitimicas, o que parece ter sido confirmado pelos resultados do T.A.S.-20.

VI. CONCLUSÕES

A fibromialgia é incapacitante e provoca dor física real. Parece, no entanto, consensual que pessoas mais vulneráveis do ponto de vista psicológico ou que tenham sido sujeitas a maiores situações de stress, ao longo da vida, apresentam maior potencial para o desenrolar da doença. Não pode este argumento servir de desvalorização da mesma como sinal de desequilíbrio psicopatológico sem perigo físico real pelo facto de não ser degenerativa. Incurrer neste erro, levaria apenas ao aprofundar do desinteresse e do preconceito ainda existente em relação a estes pacientes e a uma condição cada vez mais desestruturada e desestruturante destes indivíduos. O decréscimo de qualidade de vida também mata, só que aos poucos e por patamares. Primeiro o corpo, depois a funcionalidade e, por fim, o sentido para a vida. Este facto não invalida, no entanto, que, na ausência de justificação clínica para a sintomatologia, o motivo por trás da extenuação física tenha origem num esgotamento prévio da psique e da mente que acabam por se servir do corpo como veículo de expressão dessa impossibilidade interna de continuar a resistir a situações ansiogénicas ou ameaçadoras da própria identidade.

O corpo humano não está segmentado entre corpo, psique e mente. É antes um organismo global composto por estas três estruturas interligadas e de impacto recíproco. Não existe uma causa única para o surgir da doença. Parece antes, haver vários factores desencadeantes da mesma.

Como diziam Rotbard (2006) e Carballo (1954) o Homem é um ser bio-psico-social. Se os mecanismos de adaptação equilibrada ao meio e de protecção da própria identidade falham, resta o desequilíbrio homeostático.

A negação da essência humana, o embargo à validação precoce do direito de existir no olhar apaixonado e incondicional do objecto de amor, o desrespeito pelos ritmos orgânicos, a castração de momentos de prazer, revolta ou indignação parecem gerar um tal desequilíbrio no funcionamento global do Homem que se não leva à morte física súbita, leva certamente à morte lenta da psique e da mente, assim como seu declínio físico gerador de sentimento de inutilidade vital.

O que encontramos de comum no grupo de pacientes com fibromialgia foi o facto de todas elas apresentarem um sentimento de falta de esperança no futuro, não só por via da debilidade física, mas por falta de validação precoce do direito de “ser”, em totalidade, que é condição fundamental para a construção sólida de uma vida completa e aliciante.

Ansiedade, depressão, dor ou insónia mais não são do que reflexos de algo mais estrutural e importante. Parece de consenso comum que o mal-estar psicológico leva ao enfraquecimento físico. Apresenta-se consensual, de igual modo, o facto de que o enfraquecimento físico desencadeia o mal-estar psicológico. Assim sendo, parece-nos relevante entender, antes de tudo, o que desencadeia no indivíduo a impossibilidade de lidar com as contrariedades da vida; sejam elas sociais, físicas ou outras. O que impossibilita a sua resiliência ?

Observámos, ao longo do apoio psicológico, que pacientes com uma vida mais preenchida, fosse por via da profissão, de prática de hobbies ou da defesa de causas académicas, éticas ou políticas, não sentindo necessariamente menos dor, pareciam seguramente lidar melhor com ela.

Recordamos uma senhora que referiu o seguinte:

- “Sabe, já me mentalizei que isto faz parte da minha vida como tudo o resto. Portanto mais vale aprender a integrar o desconforto no meu quotidiano. Acho importante aprender a observar e a ouvir o nosso corpo. Se dói, descanso um bocadinho e recomeço mas não me dou à dor senão não vivo”.

Desta forma, parece-nos fundamental ajudar estes pacientes a ouvir o eco da sua dor mental através de apoio e de técnicas psicoterapêuticas que os ajudem a desbloquear emoções, a dar sentido às mesmas e a promover a auto-validação, através do olhar atento, aceitante e contentor do psicólogo, promotor de uma nova interiorização de relação sadia e de desejo de construção de uma vida apaixonada e apaixonante. Acreditamos que percorrido este caminho, o paciente ficará apto a descobrir estratégias para lidar com a dor, que o aliviem e lhe dêem mais qualidade de vida, ou até, possam substituir a dor por objectivos imediatos que o distraiam da mesma.

Na nossa perspectiva, seria interessante aprofundar a investigação, no sentido de aferir as hipóteses colocadas no início deste trabalho mas num estudo mais abrangente que englobasse uma amostra significativa da população portuguesa de pacientes com fibromialgia e fizesse correlacionar diversas variáveis susceptíveis de as confirmar ou não.

Posteriormente, poderia ser igualmente apelativo entender se o mesmo estudo feito em países com diferentes condições socio-culturais e até climatéricas obteria os mesmos resultados ou se revelaria diferenças significativas.

Por último, poderia ser de grande utilidade perceber se pacientes com fibromialgia usufruem mais de determinadas técnicas psicoterapêuticas do que outras e com base nos resultados, estudar a concepção de programas de reabilitação psicossomática ajustados a estes sujeitos.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alex Zautra, Bruce Smith, Glenn Affleck, Toward Tennen, (2001), *Examinations of chronic pain and affect relationships: application of a dynamic model affect* – Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 69, (5) 786-795
- Almeida, V. & Machado, P. (2004) *Somatização e Alexitimia: Um estudo nos cuidados de saúde Primários* Int. J. Clinical. Health Psychology, Vol. 4, (2), 285-298
- Anastasi, U. & Urbina S. (2000) *Testagem Psicológica*. Porto alegre: Artmed Ed.
- Brás, M. L. (1995) *A depressão nos Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carballo, R., (1954) *Patologia Psicossomática*. Asociación Gallega de Psiquiatria.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998) *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- Chaitow L. , (2002) *Síndrome da Fibromialgia – Um Guia para o tratamento*. Ed Manole
- Cunha A .J., Freitas N.K.. & Raymundo, M.G. (1993) *Psicodiagnóstico-R*, 4ª Ed. Revista. Porto Alegre: Artes Médicas
- Damásio, A., (2003), *O Sentimento de Si.*, Pub. Europa-América,
- Dolto F., (1986) *La Difficulté de Vivre*, Paris: Le Livre de poche
- Dunbar, H.F. (1943) *Psychosomatic Diagnosis*, Hoeber, Nova Iorque
- Epstein, A.S., Kay G., Clauw, D., Heaton R. et al. (1999) *Psychiatric disorders in patients with fibromyalgia: A multicenter investigation - Psychosomatics*, V. 40(1), 57-64
- Haynal, A., Willy P. & Archinard M., (1998) *Medicina Psicossomática*. Lisboa: Climepsi.
- Kurze N., Gunderson K. & Svebak, S., (1999) *Quality of life, functional disability and lifestyle among subgroups of Fibromyalgia patients: The significance of anxiety and depression*, british Journal os Medical Psychology, (72) 471-484.

- Langois, F, Gosselin P., Brunelle, C., Ladouceur R., (2007) *Les variables cognitives impliquées dans l'inquiétude face à la maladie*, Canadian Journal of Behavioural Science, Vol. 39 (3), 174-183
- Martins, A. M. (1996). Espaço, Tempo e Identidade na Alergia – contribuição para uma Avaliação em psicossomática. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort – essai d'économie psychosomatique*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Marty P.(1993) A Psicossomática do Adulto. Dunod ? completar referencia
- Matos, A C. (2001) A depressão. Lisboa: Climepsi
- Matos, A.C. (2003). *Mais Amor Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Matos, AC. Comunicação pessoal, no Encontro Multidisciplinar no centro das Taipas, no Hospital Júlio de Matos, em Novembro de 2007
- McIntyre, T & Araújo-S., V, (1999) Inventário da Depressão de Beck: Estudo de validade numa amostra de doentes com dor crónica. In Soares, A. P., Araújo, S. & Caires, S. (Orgs.) (1999) Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Vol VI, Braga: APPORT
- Melzac R. & Wall P. (1982), O Desafio da Dor. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E., (1970) Psychosomatic Illness: a problem in communication, Psychot. Psychosom. Vol. 18, 154-?
- Prazeres, N. , Taylor, J.G., & Parker, J.D.A. (2000) Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In Almeida L.S., Simões M. R., Machado C. & Gonçalves M.M., (Orgs) (2004) Avaliação psicológica. Instrumentos Validados para a população portuguesa, Vol.II, Coimbra: ed. Quarteto.
- Ramiro V. Comunicação pessoal na conferência clínica de psicossomática no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa: Dezembro de 2007
- Rotbard, S.(1996), Naitre et renaître, dans un cas d'asthme allergique, In Sami-Ali et al., Allergie & psychosomatique.,p. 121-135, Paris : Cips,
- Rotbard, S (2001) *Imagination materielle : un autre abord de la pathologie organique* , In Manuel de thérapies psychosomatiques. - p. 177-223 - Paris : Dunod

- Rotbard, S., Comunicação pessoal, na conferência clínica de psicossomática, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Janeiro 2006
- Sá, E., Veiga, C., Morais R., Silva, R. Seixas, A.R., & Gonçalves, S., (2005), A Dor e o Sofrimento: Algumas reflexões a propósito da compreensão psicológica da Fibromialgia, Revista Portuguesa de Psicossomática, *Vol.7, (1,2)* , 100-113.
- Sami-Ali (2002). Pensar o Somático. Imaginário e Patologia. Lisboa: ISPA.
- Selye, H. (1962) Le Stress de la vie. Paris : Gallimard
- Spitz, R., (1968), De la Naissance à la parole. La première année de vie,
- Tennen, H., Affleck, G & Zautra A., (2006) Depression History and Coping with Chronic Pain: A Daily Process Analysis, Health Psychology, *Vol. 25, (3)* 370-379
- Widlocher, D. (2001) As lógicas da depressão, Lisboa: Climepsi
- Winnicott, D. (1990) Natureza Humana, R.Janeiro, Imago Ed.

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que fui devidamente informada e esclarecida acerca dos objectivos deste estudo e que aceito participar na investigação em curso, para avaliação dos aspectos psicológicos e comportamentais associados à Fibromialgia e, no âmbito da qual, permito a gravação audio de sessões de acompanhamento psicológico para uso exclusivo da psicóloga investigadora, a qual será confidencial e utilizada apenas para análise de conteúdo.

Assinatura da Paciente integrada no Estudo

MINI- MULT QUESTIONÁRIO

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: M

F

Data de Nascimento: ___/___/___

Data do Exame: ___/___/___

Nestas folhas encontram-se várias frases. Pedimo-lhe que responda **VERDADEIRO** ou **FALSO** a cada uma delas.

Se a sua resposta for **VERDADEIRO** faça um círculo à volta da palavra **VERDADEIRO**.

Se a sua resposta for **FALSO** faça um círculo à volta da palavra **FALSO**.

Não demore muito tempo entre uma resposta e a seguinte e dê todas as respostas por ordem.

VOLTE A PÁGINA

MINI-MULTI

1- Tenho bom apetite.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 60
2- Quase sempre acordo bem disposto.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 61
3- A minha vida de todos os dias está cheia de coisas que me interessam.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 62
4- Trabalho num estado de grande tensão nervosa.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 63
5- Às vezes penso em coisas demasiado indecentes para poder falar delas.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 64
6- Raramente tenho prisão de ventre.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 65
7- Há alturas em que desejo muito deixar a minha casa.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 66
8- Algumas vezes tenho crises de riso ou de choro que não consigo impedir.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 67
9- Sofro de náuseas e vômitos.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 68
10-Parece que ninguém me compreende.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 69
11-Às vezes apetece-me praguejar.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 70
12-Tenho pesadelos quase todas as noites.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 71
13-Tenho dificuldade em fixar a atenção quando trabalho ou quando estou ocupado.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 72
14-Tenho passado por coisas muito especiais e esquisitas.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 73

15-Se os outros tivessem querido, concerteza eu teria tido mais sorte.	Verdadeiro	Falso	<u>60</u>
16- Numa certa altura da minha infância aconteceu-me roubar pequenas coisas.	Verdadeiro	Falso	<u>61</u>
17-Tenho tido períodos (dias, semanas, meses) durante os quais nada pude fazer bem feito, porque não conseguia tomar atenção a nada	Verdadeiro	Falso	<u>62</u>
18- O meu sono é agitado e incómodo.	Verdadeiro	Falso	<u>63</u>
19-Quando estou ao pé de outras pessoas sinto-me contrariado porque ouço coisas esquisitas	Verdadeiro	Falso	<u>63</u>
20-A maior parte das pessoas que me conhecem gostam de mim.	Verdadeiro	Falso	<u>64</u>
21-Muitas vezes sou obrigado a receber ordens de pessoas que sabem menos que eu.	Verdadeiro	Falso	<u>65</u>
22-Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser.	Verdadeiro	Falso	<u>66</u>
23-Acho que muitas pessoas aumentam as suas desgraças só para receberem a simpatia e a ajuda dos outros.	Verdadeiro	Falso	<u>67</u>
24-Às vezes fico furioso.	Verdadeiro	Falso	<u>68</u>
25-Acho que tenho pouca confiança em mim.	Verdadeiro	Falso	<u>69</u>
26-Nunca reparei que os meus músculos estremeçam ou tremem duma maneira incómoda e estranha.	Verdadeiro	Falso	<u>70</u>
27-A maior parte das vezes tenho a impressão de que fiz qualquer coisa mal ou desastrada.	Verdadeiro	Falso	<u>71</u>
28- Sinto-me quase sempre feliz.	Verdadeiro	Falso	<u>72</u>
29-Há pessoas que são tão autoritárias que tenho vontade de fazer o contrário do que elas dizem, mesmo que eu tenha a certeza de que elas têm razão.	Verdadeiro	Falso	<u>73</u>

30- Tenho a impressão de que ou outros tentam prejudicar-me.	Verdadeiro	Falso	<u>60</u>
31- Acho que todas as pessoas são capazes de usar meios pouco honestos para ganhar qualquer coisa ou qualquer vantagem em vez de perderem.	Verdadeiro	Falso	<u>60</u>
32- Tenho muitas vezes problemas com o meu estômago ou os meus intestinos.	Verdadeiro	Falso	<u>61</u>
33- Muitas vezes não percebo porque sou brusco e rabugento.	Verdadeiro	Falso	<u>62</u>
34- Às vezes os meus pensamentos andam tão depressa que não consigo contá-los.	Verdadeiro	Falso	<u>63</u>
35- Estou convencido de que tenho na minha casa uma vida familiar tão agradável como a maior parte das pessoas que eu conheço.	Verdadeiro	Falso	<u>64</u>
36- Às vezes sinto que não sirvo para nada.	Verdadeiro	Falso	<u>65</u>
37- Nos últimos anos tenho gozado, geralmente, de boa saúde.	Verdadeiro	Falso	<u>66</u>
38- Há alturas em que faço coisas sem saber mais tarde o que fiz realmente.	Verdadeiro	Falso	<u>67</u>
39- Acho que muitas vezes tenho sido castigado sem razão.	Verdadeiro	Falso	<u>68</u>
40- Nunca me senti tão bem como agora.	Verdadeiro	Falso	<u>69</u>
41- Não me importo com que os outros pensam de mim.	Verdadeiro	Falso	<u>70</u>
42- Acho que tenho boa memória.	Verdadeiro	Falso	<u>71</u>
43- Para mim é difícil começar uma conversa quando encontro pessoas que não conheço.	Verdadeiro	Falso	<u>72</u>
44- Muitas vezes sinto um estado de fraqueza geral.	Verdadeiro	Falso	<u>73</u>

45-Tenho muito poucas vezes dores de cabeça.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 60
46-Não acho difícil conservar o equilíbrio quando ando.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 60
47-Não gosto de toda a gente que conheço.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 61
48-Há pessoas que tentam aproveitar-se das minhas ideias e dos meus pensamentos.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 62
49-Gostava de não ser envergonhado.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 63
50-Estou convencido de eu os meus pensamentos não podem ser perdoados.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 64
51-Preocupo-me muitas vezes com coisas que não são muito importantes.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 65
52-Os meus pais muitas vezes criticam as pessoas com quem me dou.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 66
53-Às vezes acontece-me dizer um pouco mal dos outros.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 67
54-Há momentos em que tenho a impressão de que o meu espírito trabalha melhor do que é costume.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 68
55-Quase nunca senti palpitações e raramente me falta o folgo.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 69
56-Fico furioso com facilidade mas esqueço-me depressa.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 70
57-Tenho alturas em que estou tão nervoso que sou incapaz de estar sentado numa cadeira.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 71
58-Os meus pais e os meus amigos acham que eu tenho mais defeitos do que eu realmente tenho.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 72
59-Ninguém se preocupa com o que pode acontecer aos outros.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 73
60-Não censuro uma pessoa que se aproveita de outra se essa outra deixar.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 74

61-Há alturas que me sinto cheio de energia.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 60
62-A minha vista não tem enfraquecido.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 61
63-Raramente sinto barulhos ou zumbidos nos ouvidos.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 62
64-Numa ou em várias alturas da minha vida senti que alguém tentava hipnotizar-me.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 63
65-Às vezes sinto-me cheio de alegria sem razão especial.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 64
66-Mesmo quando estou ao pé doutras pessoas sinto-me só a maior parte do tempo.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 65
67-Julgo que quase toda a gente é capaz de mentir para se livrar duma situação desagradável.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 66
68-Sou mais sensível que as outras pessoas.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 67
69-Às vezes o meu espírito parece que trabalha mais devagar do que de costume.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 68
70-As pessoas desiludem-me muitas vezes.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 69
71-Tenho abusado das bebidas alcoólicas.	Verdadeiro	Falso	<u> </u> 70

VEJA SE RESPONDEU A TODAS AS FRASES, POR FAVOR.

65	66

67	68

Pergunta Nº	L	F	K	1	2	3	4	6	7	8	9
1				F	F	F					
2				F	F	F			F		
3					F	F	F		F	F	
4					V						V
5	F							V	V	V	
6				F	F						
7							V			V	V
8								V	V	V	V
9		V			V	V					
10							V	V		V	
11	F		F		F	F					
12		V									
13					V	V	V		V	V	
14							V			V	
15		V					V	V		V	
16							V			V	
17					V				V	V	
18				V	V	V					
19		V									
20		F									
21											V
22					V		V		V		
23			F			F					
24	F	F									
25					V				V		
26				F		F				F	
27							V		V		
28					F	F	F	F			
29						F		F			V
30		V						V		V	
31			F			F		F			
32				V							
33			F			F					
34			F				F				V
35						F	F				
36			F		V				V		
37				F	F	F					
38		V								V	V
39								V		V	V
40			F		F	F					
41			F			F	F				
42					F				F	F	
43			F			F	F				F
44				V	V	V			V		
45				F		F					
46				F		F				V	
47	F										
48		V									
49						F	F				
50		V									
51			F						V		
52							V				
53	F										
54											V
55				F		F					
56			F			F					
57						V			V	V	V
58		V					V				
59		V									
60					F						V
61		F	F								
62				F		F					
63				F				F		F	
64		V						V		V	
65			F		F		F				
66								V	V	V	
67			F					F			
68				F				V		V	
69			F								
70			F								
71		V									
Total Bruto											
Nota Bruta											
Nota T											

Nota: Para cada pergunta e para cada escala a resposta correcta que deve ser cotada, está assinalada F ou V. Para cada escala haverá um total de respostas correctas que será o "total bruto". Consultando as tabelas obtém-se a nota bruta clássica e depois a nota T.

Código:

F - K =

AI =

$Hs + D + Hy + (D + Pt) - (Hs + Hy)$

I

IR =

$Hs + D + Pt$
 $Hy + Pd + Ma$

Conversion Table for the Prediction of Standard
Scale Raw Scores from the Mini-Mult Raw Scores

Raw score of the Mini-Mult Scale	Scale										
	L	F	K ^a	1	2	3	4	6	7	8	9
0	2	2	4	2	13	10	9	5	2	2	8
1	4	4	5	4	15	11	11	7	4	4	10
2	6	6	7	6	16	13	13	8	6	7	11
3	8	9	8	8	18	15	14	10	9	10	13
4	10	11	10	10	20	16	16	12	11	13	15
5	12	14	11	12	22	18	18	14	13	15	17
6		16	13	14	24	19	20	15	16	18	18
7		18	14	16	26	21	21	17	18	21	20
8		21	15	18	28	22	23	18	20	24	22
9		23	17	20	29	24	25	21	23	26	24
10		25	18	22	31	25	26	22	25	29	25
11		28	20	23	33	27	28	24	27	32	27
12		30	21	25	35	29	30	26	30	35	29
13		33	23	27	38	30	32	28	32	37	
14		35	24	29	39	32	33	29	34	40	
15		37	26		40	33	35		37	43	
16			27		42	35	37		39	46	
17					44	36	39			48	
18					46	38	40			51	
19					48	40	42			54	
20					50	41				57	
21						43					
22						44					
23						46					
24						47					
25						49					
26						50					

a. This estimated K scale score is added to the appropriate estimated scale scores in the usual manner to generate K corrected profiles.

I. D. BECK

Paciente Terapeuta Avaliação Data / /

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreva a forma como hoje se sente.

- 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 desencorajada 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 como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
- D
- 0. Não me sinto descontente com nada em especial.
 - 1. Sinto-me aborrecido 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 culpada de nada em particular.
 - 1. Sinto-me grande parte do tempo, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.
 - 2. Sinto-me bastante culpado.
 - 2. Agora, sinto, permanentemente, que sou mau, ou que não tenho qualquer valor.
 - 3. Considero que sou muito mau 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 ou que em breve serei castigado.
 3. Sinto que mereço ser castigado.
 3. Quero ser castigado.
- G
0. Não me sinto descontente comigo.
 1. Estou desiludido comigo mesmo.
 1. Não gosto de mim.
 2. Estou bastante desgostoso comigo.
 3. Odeio-me.
- H
0. Não sinto que seja pior do qualquer outra pessoa.
 1. Critico-me a mim mesmo, pelas minhas fraquezas ou erros.
 2. Culpo-me das minhas próprias faltas.
 2. 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 de 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 do que de costume.
 1. Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2. Sinto-me permanentemente irritado.
 3. Já não consigo ficar irritado 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 importante absolutamente nada.

- M 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
1. Actualmente sinto-me menos seguro 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 porque estou a parecer velho ou pouco atraente.
2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.
3. Sinto que sou feio 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 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 do que é habitual.
1. Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.
2. Fico cansado quando faço seja o que for.
3. Sinto-me tão cansado 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.

- T
0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1. Sinto-me preocupado 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 com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
 3. Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.
- U
0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
1. Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.
 2. Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
 3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

TOTAL

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

de Charles D. Spielberger

STAI Forma Y-1

Forma adaptada por

Danilo R. Silva e Sofia Correia

Nome _____ Data _____
 Idade _____ Sexo: M. _____ F. _____ Escolaridade _____
 Profissão _____

E	_____
T	_____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	<i>nada</i>	<i>um pouco</i>	<i>moderadamente</i>	<i>muito</i>
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Somar pontos :

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO

STAI Forma Y-2

Nome _____ Data _____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (X) no número da direita que indique como se sente em geral. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que lhe parece descrever como se sente geralmente.

	quase nunca	algumas vezes	frequentemente	quase sempre
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz como os outros parecem sê-lo	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades estão a acumular-se de tal forma que as não consigo resolver	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	2	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
32. Não tenho muita confiança em mim	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões com facilidade	1	2	3	4
35. Muitas vezes sinto que não sou capaz	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Às vezes, passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me aborrecem	1	2	3	4
38. Tomo os desapontamentos tão a sério que não consigo afastá-los do pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico tenso ou desorientado quando penso nas minhas preocupações e interesses mais recentes	1	2	3	4

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ DATA: ____/____/____
 ESCOLARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

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

Use a seguinte chave:

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

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

