

DM
LOPO1

2001 / 2002

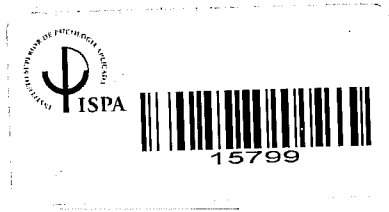
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
EM PSICOSSOMÁTICA APRESENTADA AO
INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Teresa M. D. Lopo

Laços Afectivos Maternos

na

Alergia Alimentar



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação
Registo: 15799
Data: 03/05/05
Tel: 21 681 17 50 • bibispa@ispa.pt

Orientador: Professor Doutor António Coimbra de Matos

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Agradecimentos

No percurso deste trabalho desenvolveram-se relações afectivas singulares muito importantes e reafirmaram-se laços emocionais significativos e profundos. A todos desejo exprimir um sincero e eterno reconhecimento.

Às famílias, que permitiram pela participação afectuosa e partilha da sua vida íntima, dar suporte a este estudo.

À equipa de Alergologia do Hospital de Santa Maria, nomeadamente ao Professor Doutor Costa Trindade e à Professora Doutora Leonor Camilo, que me acolheram e disponibilizaram os seus serviços.

Ao Professor Mendes Pedro, que ao longo destes anos me tem incentivado, com especial carinho e confiança, a descobrir uma abordagem distinta de pensamento.

Ao Professor Coimbra de Matos, meu Orientador e Supervisor, que também acreditou em mim e me ensinou, pela sua atitude, a singeleza do conhecimento clínico e da possibilidade da convivência entre a investigação e a supervisão.

Ao Dr. José Barata, a fonte segura que tem apoiado e suportado o meu crescer e a reconquista da minha liberdade e sempre se disponibilizou em colaborar para que este trabalho tivesse vida própria.

À Professora Doutora Maria Emília Santos, que me tem estimulado, acompanhado e orientado, com a sua sincera e longa amizade, a desenhar o meu percurso profissional.

À minha amiga e colega Paula Almeida, cuja disponibilidade e empenho no derrubar dos obstáculos deste sinuoso percurso, permitiu um desenrolar mais harmonioso e seguro do mesmo.

À Mariana e ao Nuno, amigos cuja generosidade e simplicidade nas relações afectivas os colocou também no caminho do suporte logístico do trabalho.

Aos meus amigos e à minha família, que paciente e incondicionalmente, aceitaram os longos mas necessários afastamentos dedicados à investigação e à reflexão. Em especial às minhas filhas, pelas sugestões criativas, apoio e críticas, que me têm ensinado e permitido a convivência familiar numa base de confiança e partilha de emoção, compreensão e amizade puras, seguras e imensas.

Resumo

O trabalho consiste num estudo exploratório sobre o funcionamento psicológico de mães de rapazes alérgicos alimentares. Pretendeu-se evidenciar um padrão comum relativamente ao tipo de laços afectivos, emocionais e de vinculação que estabeleceram durante a infância e adolescência, com a família e actualmente com os pares e o respectivo filho alérgico.

As seis mães que fazem parte desta amostra vivem com o marido e filhos. Todas tiveram ou têm algumas manifestações de tipo alérgico.

A bateria de instrumentos utilizada para estudar as relações afectivas interpessoais que as pessoas aprendem e usam normalmente desde o nascimento e durante o ciclo de vida, foi a mesma que a Professora Doutora Cristina Canavarro usou na sua Dissertação de Doutoramento à Faculdade de Psicologia de Coimbra em 1977.

Consistiu a) numa Escala de Memórias de Infância sobre Estilos Educativos Parentais, *EMBU*, b) numa prova semi-projectiva de Desenhos de Círculos Representativos da Proximidade Emocional estabelecida com os pais, em

separado, ao longo de várias fases do ciclo de vida, *DCRF*, c) numa Escala de Vinculação do Adulto, *EVA* e d) num Inventário de Sintomas Psicopatológicos, *BSI*. No *DCRF* deste estudo, introduz-se mais um item representativo da Proximidade Emocional estabelecida entre cada mãe e o seu filho, durante o desenvolvimento deste.

A hipótese de se evidenciar um padrão comum relativamente ao tipo de laços afectivos emocionais e de vinculação, diferente do obtido na população portuguesa por Canavarro (1999), foi apoiada pelos resultados que permitem a verificação de:

- laços de Sobreprotecção em relação à educação recebida de ambos os pais
- ausência de laços de Proximidade Emocional com o seu próprio pai nas fases do nascimento, da infância, da pré-adolescência e actualmente
- laços de grande Proximidade Emocional em relação à sua própria mãe, principalmente nas fases do nascimento, da escolaridade, da pré-adolescência, da adolescência e actualmente
- laços de grande Proximidade Emocional com o seu filho alérgico
- laços de Vinculação com o adulto de tipo Evitante

- sintomas de perturbação emocional como: Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade e psicoticismo.

A hipótese não foi confirmada em aspectos como:

- as mães não sentiram Rejeição nem falta de Suporte Emocional no estilo Educativo Parental
- não apresentam sintomas psicopatológicos de Ansiedade Fóbica e Ideação Paranóide
- apresentam laços de grande Proximidade Emocional actualmente com ambos os pais.

Como conclusão, as mães apresentam um funcionamento psicológico do ego muito próximo de um funcionamento defeituoso, cujas bases biológicas aparentemente não se revelam.

Algumas raízes dos modelos de comportamento materno podem influenciar a modulação do Sistema Nervoso Central do seu filho que, a par da informação genética, se vai completando, desde o nascimento, através de um papel materno fundamental no processo da Regulação da memória, da emoção, das relações interpessoais como a vinculação, do sistema nervoso autónomo e do sistema imunitário.

Se a sensibilidade materna definida como a capacidade, habilidade e desejo de perceber a comunicação emocional do filho, como o reflexo no seu comportamento, expressão emocional e vocalizações, observa e os interpreta do ponto de vista da criança e lhes responde adequada e prontamente de acordo com o desenvolvimento e necessidades do filho, não estiver presente, pode inibir ou deformar o desenvolvimento da auto-regulação da criança, o que pode predispor ao adoecer infantil.

Abstract

This work consists in the exploratory study on the psychologic behaviour of mothers of allergic boys. We pretend to find a pattern concerning a type of affectional, emotional and attachment bonding ties that were established during infancy and adolescence with their families, and presently with partnerships and respective allergic child.

The sample consisted of six mothers living with their husbands and children. All of these mothers have or had some allergic manifestations.

The battery of instruments used to study the interpersonal affection ties that people learn and use normally, since birth and throughout the life span, consisted of the same ones used by PhD Cristina Canavarro in her Doctoral Dissertation in Psychologic's Faculty of Coimbra, 1977.

These consists in a) Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour, *EMBU*, in b) Family Circle Drawings, *FDC*, in c) Adult Attachment Scale-R (*AAS-R*) and in d) Brief Symptom Inventory, *BSI*. In the FDC of this study, an

extra item is included representing Emotional Proximity established between mother and allergic growing child.

Our hypothesis of establishing a common pattern concerning type of Affectional, Emotional and Attachment bonding ties, different of the Canavarro's pattern (1999) was supported by the results that showed:

- bonds of Overprotection in relation to both parents styles of Behaviour Education
- lack of bonds of Emotional Proximity in relation to her father, in birth, in initial infancy, in pre-adolescence and actually
- bonds of great Emotional Proximity to own mother, particularly in initial stages of birth, school age, pre-adolescence, adolescence and actually
- bonds of great Emotional Proximity with her own allergic son
- bonds of Avoiding Attachment with partnerships
- psychopathologic symptoms such as: Somatization, Obsession and Compulsion, Interpersonal Sensibility, Depression, Hostility and Psychoticism.

Our hypothesis was not confirmed in aspects such as:

- the mothers didn't feel Rejection or absence of Emotional Support in the Style of Parental Educational
- the mothers don't present Phobic Anxiety or Paranoid Ideation
- the mothers present bonds of great Emotional Proximity actually with her own parents.

In conclusion, they showed overall a very near deficient ego functioning, with a biological basis perhaps not readily apparent.

Some roots of behaviour models can be influencing her child Central Nervous System modulation that, together with the genetic information, is completed since birth by a fundamental role in Regulation process of memory, emotion, interpersonal relations such as attachment, autonomous nervous system and immunitary system.

If the maternal sensitivity defined as the mother's ability and willingness to perceive the infant's communications as reflected in his behaviour, emotional expression, and vocalisations, see and interpret them from the infant's point of view, and respond to them promptly and properly according to the infant's developmental and emotional needs, is not present, it may inhibit or deform the

child's self-regulation development which can lead to a
predisposition to illness.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	26
1. NEUROBIOLOGIA E PSICOSSOMÁTICA.....	26
1.1. Fenómeno Corpo, Cérebro e Autoregulação	26
1.1.1. Modelos Psicossomáticos do Adoecer	31
1.1.1.1. Modelo Psicossomático Tradicional.....	32
1.1.1.2. Modelo Colateral de Wiener.....	33
1.1.2. O Cérebro como Regulador	34
1.2. Ritmos Biológicos	40
1.2.1. Sonho	45
1.3. Emoção, Stresse e Susceptibilidade ao Adoecer	49
1.3.1. Emoção e Regulação do Afecto	49
1.3.2. Milieu intérieur, Homeostasia e Stresse	63
1.3.3. Susceptibilidade ao Adoecer	69
1.4. Vulnerabilidade Psicossomática	75
1.4.1. Aspectos Psicológicos	78
1.4.2. Aspectos Psicobiológicos	81
1.4.3. Aspectos Psicossociais	87
1.4.4. Aspectos Ecológicos	88
2. PSICANÁLISE E PSICOSSOMÁTICA.....	90
2.1. Breve síntese histórica	90
2.2. Fenómeno Mente e Modelos da Mente	101
2.3. Relações Afectivas e Susceptibilidade ao Adoecer	111
2.3.1. Conceptualização	115
2.3.2. Modelos das Relações Objectais	122
2.3.3. Modelo das Relações Selfobjecto e Adoecer	132
2.3.4. Perda do Objecto e Adoecer	139
2.3.5. Alexitimia e Doença Corporal	140
2.3.6. Modelo da Vinculação como Processo Regulador	144
2.3.7. Transmissão Transgeracional	158
3. PSICOSSOMÁTICA INFANTIL.....	170
3.1. Infância, Corpo e Mentalização	170
3.2. Psicosexualidade e Vinculação	176
3.3. Desordens na Regulação da Vida Precoce	183
3.3.1. Papel da Mãe no Adoecer	191

3.3.2. Mãe Psicossomática	193
3.4. Alergia Alimentar	193
3.4.1. O que é	193
3.4.2. Fisiopatologia	194
3.4.3. Vulnerabilidade	197
3.4.4. Terapêutica e Comportamento	201
3.4.5. Clínica Psicossomática Infantil	202
4. SISTÊMICA E PSICOSSOMÁTICA	206
5. PSICONEUROIMUNOLOGIA	218
PARTE II - DEFINIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	224
6. DEFINIÇÃO DO ESTUDO.....	224
6.1. Objectivos	227
6.2. Hipóteses	230
7. METODOLOGIA.....	233
7.1. Participantes	233
7.2. Material e Métodos	237
7.2.1. Instrumentos	241
7.2.1.1. Práticas educativas, Memórias de Infância, EMBU...242	
7.2.1.2. Desenho de Círculos Rep. da Família, DCRF.....245	
7.2.1.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....250	
7.2.1.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....252	
7.2.2. Procedimentos	259
8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS.....	263
8.1. Caracterização Psicológica da Participante A	265
8.1.1. Caracterização da Família A	265
8.1.2. Anamnese do Filho A	265
8.1.3. Entrevista e Genossociograma	270
8.1.4. Avaliação Psicológica da Participante A	273
8.1.4.1. Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância...273	
8.1.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF.....275	
8.1.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....278	
8.1.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....280	
8.2. Caracterização Psicológica da Participante B	284
8.2.1. Caracterização da Família B	284
8.2.2. Anamnese do filho B	284
8.2.3. Entrevista e Genossociograma	290
8.2.4. Avaliação Psicológica da Participante B	293
8.2.4.1. Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância...293	
8.2.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF.....295	

8.2.4.3.	Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....	297
8.2.4.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....	298
8.3.	Caracterização Psicológica da Participante C	302
8.3.1.	Caracterização da Família C	302
8.3.2.	Anamnese do filho C	302
8.3.3.	Entrevista e Genossociograma	305
8.3.4.	Avaliação Psicológica da Participante C	308
8.3.4.1.	Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância...308	
8.3.4.2.	Desenho de Círculos da Família, DCRF.....	310
8.3.4.3.	Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....	312
8.3.4.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....	314
8.4.	Caracterização Psicológica da Participante D	318
8.4.1.	Caracterização da Família D	318
8.4.2.	Anamnese do Filho D	318
8.4.3.	Entrevista e Genossociograma	322
8.4.4.	Avaliação Psicológica da Participante D	324
8.4.4.1.	Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância...324	
8.4.4.2.	Desenho de Círculos da Família, DCRF.....	326
8.4.4.3.	Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....	329
8.4.4.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....	330
8.5.	Caracterização Psicológica da Participante E	335
8.5.1.	Caracterização da Família E	335
8.5.2.	Anamnese do Filho E	335
8.5.3.	Entrevista e Genossociograma	341
8.5.4.	Avaliação Psicológica da Participante E	347
8.5.4.1.	Práticas educativas, EMBU, Memórias de Infância...347	
8.5.4.2.	Desenho de Círculos da Família, DCRF.....	351
8.5.4.3.	Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....	353
8.5.4.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....	355
8.6.	Caracterização Psicológica da Participante F	361
8.6.1.	Caracterização da Família F	361
8.6.2.	Anamnese do Filho F	361
8.6.3.	Entrevista e Genossociograma	364
8.6.4.	Avaliação Psicológica da Participante F	366
8.6.4.1.	Memórias Educativas, EMBU, Memórias de Infância...366	
8.6.4.2.	Desenho de Círculos da Família DCRF.....	368
8.6.4.3.	Escala de Vinculação do Adulto, EVA.....	371
8.6.4.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI.....	372
9.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS COMPARATIVOS	375

9.1.	Caracterização dos Antecedentes Alérgicos dos Filhos	375
9.2.	Caracterização dos Alergenos dos Filhos e Data	376
9.3.	Memórias Educ. Parentais Infância e Adolescência, EMBU	377
9.4.	Representação da Proximidade Emocional Parental, DCRF	382
9.4.1.	Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 0-5 Anos	383
9.4.2.	Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 6-10 Anos ...	384
9.4.3.	Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 11-15 Anos ..	386
9.4.4.	Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 16-20 Anos ..	387
9.4.5.	Proximidade Emocional Paterna e Materna, Actualmente	389
9.5.	Representação da Proximidade Emocional, (DCRF) (2)	393
9.6.	Tipo de Vinculação em relação aos Adultos, EVA	394
9.7.	Frequência de Sintomatologia Psicopatológica, BSI	398
10.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	403
	BIBLIOGRAFIA	410
	APÊNDICES	421
	APÊNDICE I	422
	APÊNDICE II	424
	APÊNDICE III	426
	APÊNDICE IV	435
	APÊNDICE V	440
	ANEXOS	447
	ANEXO I EMBU	448
	ANEXO II DCRF	451
	ANEXO III EVA	453
	ANEXO IV BSI	455

INTRODUÇÃO

A primeira relação do bebé humano à sua mãe ou relação de vinculação, é um pré-requisito para a sobrevivência e uma base para todas as futuras vinculações. Sobre ela assenta um conjunto de expectativas e suposições que influenciarão as relações emocionais subsequentes e que não serão facilmente mudadas, conforme referiram Parkes et al. (1991). O modo como o comportamento da vinculação funciona é através da comunicação e partilha de emoções e de estados mentais. A vinculação motiva o bebé a procurar a proximidade dos pais e a estabelecer comunicação com eles. Desenvolve a relação interpessoal que ajuda o cérebro, ainda imaturo, a usar as funções maduras do cérebro dos pais, para organizar as suas funções (Mota-Cardoso, 2001).

Nasce-se, ama-se, adoce-se e morre-se em relação, por mais simples e ténue que ela seja. Este facto leva a que em Psicologia, o tema tenha sido considerado simultaneamente banal e causador de receios e fantasmas (Canavarro, 1999), tendo-se assim adiado as possibilidades de se reconhecerem cientificamente os relacionamentos humanos.

Em anos recentes, não só estudos retrospectivos iluminaram a importância do nascimento da vinculação e da sua

continuação, como alguns dados indicaram ser possível examinar os efeitos da vinculação segura e insegura, demonstrando que as perturbações da vinculação podem dificultar o fenómeno da mentalização, constituir risco de disfunção social, psicológica e física. Esta compreensão tem colaborado para uma melhor organização clínica dos problemas psicológicos e do adoecer, acontecendo o mesmo com a exploração dos aspectos psicológicos, internos ou representacionais, incluindo a transmissão intergeracional dos padrões de vinculação sobre os quais Bowlby se centrara.

De modo interessante, a inspiração dos investigadores para estudos da diferença individual na vinculação ao nível representacional, demonstrou que os padrões de vinculação infantis resultantes de qualidades de pais que podem contribuir para diferentes padrões de vinculação - ansiosa, segura e evitante, evidenciados pelo método da Situação Estranha de Ainsworth (1991), correspondem, num nível conceptual, aos padrões adultos delineados por Main et al. (1991), através da Entrevista de Vinculação do Adulto AAI, e correlacionam-se empiricamente com eles.

No estudo de relações de vinculação entre adultos, no final dos anos 80, Shaver e Hazan traduziram os modelos de vinculação infantil em estilos adultos de relações interpessoais e compararam estes estilos com os antecedentes

infantis, demonstrando como é que a vinculação aos pais e figuras significativas se desenvolve através do ciclo de vida.

No campo da psicopatologia desenvolvimental evidenciaram-se estudos baseados na vinculação longitudinal de famílias com depressão, com maus tratos e com baixo suporte social, encontrando-se filhos com vinculação insegura.

A vinculação do bebé à mãe, do analisando ao analista, ou de cada membro da família ao terapeuta familiar, são laços afectivos e consideram-se um tipo específico de ligações afectivas. Todas são de longa duração mas, enquanto estas podem ser diádicas, triádicas, etc., os laços afectivos são característicos apenas do indivíduo, embora se desenvolvam no contexto da díade e façam parte da representação da organização interna da pessoa individual, sendo o parceiro importante como indivíduo único e existindo desejo de manter a proximidade com ele.

As origens psicanalíticas da teoria da vinculação podem agora, mais claramente, ser vistas como uma teoria de relações interpessoais, na linha da teoria das relações de objecto (Bretherton, 1991), incorporando muito de etologia, mas também iluminando e dando mais rigor às perspectivas

pelas quais Klein (citado em Taylor, 1989), Fairbairn (2000) e Winnicott (1984) lutaram ao propor alternativas ao modelo freudiano clássico.

Também a medicina psicossomática sublinhou a importância da infância e da relação precoce estabelecida entre a díade mãe - bebé, por se suspeitar que alguns modos específicos do adoecer tinham as suas origens em desregulações daquela relação (Taylor, 1989). Para alguns, passou a ser apenas natural investigar, para além da personalidade da criança, a personalidade complexa da mãe (Spitz, 1980) e o comportamento desta na prestação dos cuidados ao seu bebé (Gerard, 1953, citado por Ierodiakonou, 2001), para compreender algumas doenças como a neurodermatite ou a colite, consideradas psicossomáticas.

Da Escola Francesa de Psicossomática, Kreisler (1983) acentuou a importância do desenvolvimento psico-afectivo da criança numa abordagem global dos fenómenos psicossomáticos e valorizou as interacções parentais, considerando a relação mãe - criança como o pré-requisito para a protecção da criança contra estímulos nocivos e demonstrando que acontecimentos traumáticos nesta relação facilitavam a desorganização do desenvolvimento psico-afectivo, com diminuição das defesas biológicas, isto é, criando vulnerabilidades psicossomáticas. Se a função protectora

pára-excitação da mãe deixa de o ser na relação com o bebé, porque existe uma excessiva excitação daquela, pode ocorrer um investimento patológico, a nível pré-consciente, com manifestações como insónias, dores de cabeça ou cólicas. Se, pelo contrário, os estímulos são insuficientes, susceptibiliza-se a criança a uma forte desorganização psicossomática, com conseqüente sintomatologia como vómitos e outros problemas dietéticos.

Actualmente, a Psiconeuroimunologia, novo campo promissor que estuda a interface entre o físico e o psíquico, que tem sido recente e intensamente investido para obter melhores respostas para as condições psicossomáticas, demonstra, especialmente em estudos animais, como alguns agentes considerados stressores, exibiram um efeito inibidor da resposta imunológica. As relações mútuas entre o sistema neurovegetativo, as neurohormonas e a sua acção, após a acção de um stressor, resulta numa notória redução da proliferação de linfócitos no sistema imunitário, facilitando assim o adoecer (Ouakinin, 2000).

As áreas teórica e prática da Psicologia Clínica e mais particularmente, o confronto com a problemática da interacção humana e das alterações da comunicação inter-relacional, têm feito parte duma firme e continuada dedicação ao estudo e compreensão do aspecto relacional do indivíduo. Sobretudo

atraída por uma perspectiva relacional sistémica, familiar e escolar, envolvendo um elemento com doença psicossomática, a dimensão relacional do comportamento humano através do adoecer e as conseqüentes implicações estratégicas na intervenção clínica, têm-se transformado num objectivo muito interessante de reflexão, de investigação, de vida e da vida.

Da prática psicoterapêutica e da intervenção familiar sistémica, surgiu a sensibilidade para a relação entre a emoção e as doenças somáticas, principalmente nas famílias com crianças alérgicas. Da reflexão sobre estudos empíricos e da constatação da existência de padrões de funcionamento familiar mais susceptíveis a proporcionarem o aparecimento de determinadas doenças (Onnis, 1989, 1996, Minuchin, 1978), surgiu a necessidade de investigar particularmente sobre o funcionamento psicológico da mãe da criança com alergia alimentar, fundamentalmente nos aspectos desenvolvimentais dos seus próprios laços afectivos e de vinculação durante o ciclo de vida e na própria interrelação com o seu filho alérgico.

A investigação consistiu numa procura de evidências susceptíveis de clarificar se os tipos de funcionamento relacional afectivo e de vinculação de mães de rapazes alérgicos alimentares se enquadram ou se afastam (em caso afirmativo, de que modo se afastam) do padrão da população

geral portuguesa estudada por Canavarro (1999) na sua dissertação de doutoramento apresentada em Coimbra, *Relações Afectivas e Saúde Mental*, que serve de inspiração e de suporte instrumental a esta investigação e a cuja estatística descritiva ela se referencia.

A relação íntima entre o tema dos laços afectivos maternos por um lado e a riqueza e complexidade da síndrome alérgica infantil, nomeadamente a alimentar, por outro, relaciona-se com os ténues mas complexos meandros com que as doenças psicossomáticas infantis, principalmente com as suas peculiaridades comportamentais, se envolvem e envolvem os laços afectivos maternos respectivos (Spitz, 1980, Kreisler, 1983, Onnis, 1989).

O modo como esta relação viva se desenvolve, se processa e se altera, implica o conhecimento de um sistema interactivo vasto, característico do fenómeno psicossomático. Este envolve simultaneamente níveis de compreensão biofisiológicos, psico-emotivos e socio-ambientais, pelo que, no plano da metodologia da investigação do fenómeno, se não se utilizarem modelos de causalidade circular, não será possível evitar os vários riscos de cronicidade despoletados por uma aparentemente banal alergia alimentar.

Parece situar-se aqui o início de toda uma problemática, complexa e dinâmica, assimétrica, que faz aparecer nos serviços de saúde um número crescente de queixas de natureza psicossomática, inseridas, muitas vezes, num modo de funcionamento familiar peculiar (Minuchin 1978) e que constitui a paixão pela argumentação de base desta investigação.

O objectivo do estudo foi desenvolvido de modo a fundamentar detalhadamente o tipo de laços afectivos maternos, paternos, com os pares e com o próprio filho alérgico que as mães destes doentes alérgicos vivenciaram na sua infância e adolescência, até à actualidade.

No caminhar lento mas gostoso, reflexivo e progressivo, pela procura deste conhecimento, considerou-se uma abordagem global e abrangente da pessoa em relação com o que a envolve, susceptível de permitir a compreensão da evolução da síndrome psicossomática da alergia alimentar, das suas vicissitudes relacionais e das respectivas abordagens clínicas e terapêuticas.

A investigação desenvolvida foi continuamente confrontada com sentimentos quer de subtil curiosidade pela descoberta que o estudo ia permitindo, quer pelas fortes dúvidas, anseios e receios que o mesmo provocava.

O presente trabalho está organizado em dez capítulos.

A primeira parte, introdutória, inicia com a apresentação de uma revisão de trabalhos de vários autores e de conceitos conhecidos referentes às disciplinas e aos modelos teóricos que proporcionam suporte à segunda parte.

No primeiro capítulo esclarecem-se dados recentes da investigação em Neurobiologia que recolocam o cérebro da pessoa humana como um órgão do corpo hierarquicamente fundamental e o conhecimento do seu funcionamento como imprescindível na compreensão do facto dos agentes de stress facilitarem o adoecer.

O segundo capítulo introduz uma reflexão sobre os conceitos que em Psicanálise permitem olhar também o doente somático como alguém que sofre emocionalmente, por vezes sem o saber e sem competências para o exprimir. Referenciam-se desenvolvimentos recentes e provocantes que permitem elucidar sobre o modo como os estados mentais elaborados a partir da experiência afectiva organizam não só a vida psíquica do indivíduo, como também podem organizar o respectivo adoecer somático.

O trabalho prossegue com o estudo da unidade psicossomática primordial que permite o nascimento, as vivências e a organização do aparelho mental do bebé e o

adoecer deste, com realce para o debate entre sexualidade infantil e vinculação. Fica evidenciada a problemática da alergia alimentar infantil.

De seguida, nos quarto e quinto capítulos, esboçou-se a introdução da linguagem ou do 'modelo sistémico em psicossomática e a análise de outro modelo importante nesta disciplina, a Psiconeuroimunologia.

A segunda parte dirige-se à apresentação da investigação pessoal e da respectiva metodologia, aprofundando a análise psicológica individual de seis mães de rapazes alérgicos e termina com a discussão dos resultados comparativos desta amostra com os dados da estatística descritiva obtidos para a população portuguesa (Canavarro, 1999).

PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. NEUROBIOLOGIA E PSICOSSOMÁTICA

"A Doença envolve a obstrução ou alteração de redes comunicativas, caracterizadas por um transtorno da sua regulação" (Wiener, 1988)

1.1. Fenómeno Corpo, Cérebro e Autoregulação

O sistema biológico humano, como *sistema natural* que é, consiste num *supersistema* relativamente a outros que apresentam inferior grau de complexidade e organização, tais como o sistema nervoso central, o órgão, o tecido, a célula, o organelo e a molécula. Por outro lado, consiste num *subsistema* em relação à pessoa, à díade, à família, à comunidade, à sociedade, à cultura e à biosfera, apresentando estes últimos um grau superior de complexidade e organização. Cada um deles possui características próprias, que o identificam como tal.

Engel (1980, citado por Mota-Cardoso, 2001), refere que o conjunto de *sistemas naturais* é um conjunto suficientemente persistente e identificado para justificar esta designação. Tem fronteiras, mas não está isolado, existindo trocas constantes de matéria, energia e informação, intrasistémicas

e intersistêmicas. Todavia, mantém a sua configuração estável, não só à custa do equilíbrio interno dos seus componentes, os subsistemas, como da dinâmica do sistema maior a que pertence, ou supersistema.

O modelo explicativo e compreensivo apresentado por este autor, *modelo biopsicossocial*, consiste na aplicação, aos sistemas naturais, da *Teoria Geral dos Sistemas*, enunciada por L. von Bertalanfy (1977), da qual se utilizam especialmente dois princípios:

- circularidade, que coloca em correlação dialética as diversas componentes, ligando-as com redes de interinfluências recíprocas
- isomorfismo, que propõe a existência de analogias formais gerais entre sistemas diversos, sem lhes anular a autonomia e a especificidade, através de sobreposições simplificatórias.

Para decifrar a ordem orgânica e explicar a gênese e o desenvolvimento das condutas adaptativas, a biologia valeu-se deste marco conceptual que caracteriza o sistema como composto por elementos que se relacionam entre si de acordo com regras precisas, que tornam possível a sua transformação e o seu crescimento, conservando, apesar disso, a sua uniformidade. No organismo humano, sistema aberto, os

processos correctores para que o sistema sobreviva, operam basicamente com retroinformação positiva, isto é, com informação antihomeostática que indica ao sistema o caminho que há-de seguir (diferentemente do que ocorre nos sistemas fechados, que se alimentam com retroinformação negativa ou feedback, para manter a sua estabilidade).

Perante estas atitudes que estudam a Relação entre um Agente e um Sujeito, a um nível epistemológico mais complexo que o Organismo, torna-se possível aceitar a Pessoa e a Pessoa Doente num espaço-tempo, como uma unidade, uma subjectividade e um todo, submetido a uma constituição genética programada, influenciada por uma experiência de relações interpessoais precoces que, por sua vez, possibilita ou incapacita expressões genéticas potenciais e o desenvolvimento de uma estrutura neuronal diferenciada, ou não. Segundo Mota-Cardoso (2001), o temperamento infantil induz respostas no comportamento parental, que podem autoregular ou não, psicobiologicamente a transcrição genética, criando comportamento e permitindo, ou não, o fenómeno da aprendizagem com as experiências passadas.

Nota - *Autoregulação* é o processamento, ao mais alto nível operacional, da modulação e controlo dos estados reactivos dos sistemas somático, endócrino, autonómico e nervoso central (Derryberry & Rothbart, 1984, citado por Mota-Cardoso, 2001).

Para Valdés (2000), no organismo da pessoa humana existem três tipos de informação biológica que possibilitam o funcionamento do fenómeno corpo:

- bioeléctrica, que circula rapidamente pelos neurónios, de acordo com um código binário sim/não. É a informação que serve especificamente o sistema nervoso e com ela se relacionam todas as informações biológicas restantes
- molecular, que circula mais lentamente, através da circulação sanguínea e depende da síntese de ácidos nucleicos (código genético), proteínas (enzimas, anticorpos, péptidos e substâncias mensageiras) e hormonas
- simbólica, que depende de processos noéticos e abstractos e de cognições que resultam do processamento cerebral dos estímulos.

Nota - *Cognição* é uma apreciação inconsciente que faz o nosso cérebro, na base de comparar o que já sabe (e guarda armazenado na sua memória) com o que não sabe e tem de se confrontar. Não é um processo racional nem uma convicção - o sujeito não sabe o que o seu cérebro conhece, mas uma operação sustentada por uma parte do nosso cérebro - o sistema límbico (Valdés, 2000).

Os três tipos de informação, bioeléctrica, molecular e simbólica, processada no córtex cerebral, confluem no

hipotálamo, que é a estrutura encarregada de pôr em marcha os factores libertadores que regulam a secreção hormonal hipofisária.

Os agentes que podem desafiar a dinâmica homeostática corporal do complexo sujeito que é a pessoa, são provenientes dos mundos interno e externo onde vive e são também complexos.

É neste contexto global de níveis de interacção que se podem estudar as diferentes patologias que acontecem e se manifestam no fenómeno corpo, alterando-lhe o respectivo funcionamento e o seu equilíbrio de saúde. No desequilíbrio da doença, o corpo participa activamente, não só através da sua bioquímica, mas também através dum saber especial, intrínseco, inserido no motor do seu próprio funcionamento, como evidencia Milheiro (2001).

Taylor (1989) caracteriza a doença como um aspecto da existência humana da qual ninguém pode escapar. Se muitas pessoas parecem relativamente imunes à doença até à velhice, sucumbindo a doenças degenerativas, outras mostram uma elevada susceptibilidade à doença, seja em épocas específicas nas suas vidas, seja durante o ciclo de vida. Estas pessoas vulneráveis podem parecer superajustadas à realidade, *alexitímicas*, ou podem mostrar uma vasta faixa e níveis de

psicopatologia, revelando-se especialmente sensíveis a mudanças nas suas relações interpessoais.

O autor afirma que a saúde física de uma pessoa depende da sua habilidade em regular processos complexos fisiológicos e processos bioquímicos, de modo a manter o equilíbrio homeostático. A *autoregulação* independente, não existe, mesmo na vida adulta. As interacções sociais e os vínculos *self-objectos* (cap. 2) são usados como reguladores acessórios. Considera, portanto, que existe uma relação entre doenças somáticas e processos patológicos das doenças mentais.

No mesmo sentido, Mota-Cardoso (1989) refere não haver dúvida que a relação entre a vida emocional e a doença fundamenta a psicossomática, identificando-se corpo e vida emocional no mesmo substracto neuronal. Deste modo, quais os modelos a utilizar para investigar?

1.1.1. Modelos Psicossomáticos do Adoecer

Embora Freud acreditasse que a saúde do corpo podia ser afectada pelos estados mentais e o demonstrasse ao analisar que afectos depressivos podiam trazer doença corporal em indivíduos predispostos, ao passo que sentimentos de alegria e felicidade podiam ter um efeito rejuvenescedor, não usou,

nos seus escritos, o termo psicossomático e pouco interesse dedicou aos doentes com doenças somáticas (Taylor, 1989). Todavia, esta visão das relações mente/corpo e saúde/doença, induziu a emergência da medicina psicossomática como um movimento organizado.

Nas chamadas doenças clássicas psicossomáticas, de etiologia incerta, eram identificadas causas psicológicas, pelo que o termo psicossomático se identificava com psicogénico (cap. 2). Porém, o tratamento psicanalítico clássico obtinha muito poucos sucessos terapêuticos em tais doentes. Os psicanalistas assumiram que conflitos reprimidos e os afectos associados a eles eram importantes na patogénese das perturbações psicossomáticas, mas deixaram de concordar com a aplicação do modelo da conversão histérica de Freud a tais sintomas, por aquele não conseguir explicar porque é que algumas pessoas desenvolviam determinada doença e não outra.

Outras teorias etiológicas da doença psicossomática, se desenvolveram.

1.1.1.1. Modelo Psicossomático Tradicional

É aquele onde os acontecimentos de vida stressantes e/ou os conflitos intrapsíquicos, evocam certos estados da mente

que direccionam para fisiologia alterada e eventualmente, para mudanças patológicas na função que manifesta o corpo ou ainda na estrutura corporal. Este modelo linear (Taylor, 1989), assume que as respostas psicológicas e fisiológicas às experiências de vida estão causalmente relacionadas e envolvem os mesmos processos neurais.

1.1.1.2. Modelo Colateral de Wiener

Wiener (1970, 1972, citado por Taylor, 1989) desafiou esta visão interaccional das relações mente/corpo e propôs um modelo colateral, no qual o cérebro transduz experiências para produzir mudanças concomitantes, mas não causalmente associadas, nas funções mental e corporal. Isto é, um determinado acontecimento mental é mediado por um sistema cerebral, enquanto um estímulo exterior é simultaneamente trazido através de mudanças fisiológicas por um outro sistema de caminhos no cérebro. É ainda referido que, muitas vezes, este princípio funciona na natureza, embora ainda não se saiba a sua explicação. Wiener concluiu que não se poderia continuar a assumir automaticamente que os acontecimentos psicossociais e os estímulos exteriores alteram a função corporal na saúde e na doença apenas pelo seu impacto na mente (Taylor, 1989).

Todavia, começou-se a dar importância ao cérebro como uma parte do corpo capaz de processar a experiência, quer de modo consciente, quer inconsciente.

A importância das experiências interactivas e dos mecanismos neuronais da vida precoce que se responsabilizam pela transformação de sensações e outras experiências fisiológicas em representações psicológicas e que orientam para a capacidade de simbolização e eventualmente para o uso da linguagem para exprimir emoções, será revista no capítulo seguinte.

O trabalho prossegue com uma revisão sobre os avanços no campo da Neurobiologia que providenciaram um conhecimento mais sofisticado do funcionamento do cérebro.

1.1.2. O Cérebro como Regulador

Mota-Cardoso (1989) refere que o Sistema Nervoso Central, posicionando-se estrategicamente entre os sistemas do Organismo e o sistema Pessoa, organiza e integra os canais, processos, códigos e materiais em jogo na constituição humana. É identificado e caracterizado, afirma o autor, como um sistema de outro nível de abstracção e de organização.

Através da importante característica da regulação recíproca entre os sistemas, células e órgãos regulam as suas próprias actividades e as actividades dos outros e proporcionam feed-back para o cérebro, que regula superiormente através do controlo do input neuronal e hormonal nas células e órgãos. O próprio cérebro é sujeito a regulação pelos factores ambientais, factores que ele também pode modificar.

Relativamente às unidades do cérebro (Luria, 1974, citado por Valdés, 2000) - sistema reticular, cérebro posterior e lóbulos frontais, o funcionamento processa-se em massa, isto é, ante qualquer estímulo que excite uma das suas unidades neuronais, a finalidade é que todas elas tenham notícia de toda a informação que circula pelo sistema nervoso e possam responder em consequência - inibindo-se, excitando-se ou interconectando-se com outros subsistemas. Pelo facto de o cérebro responder desta forma, não implica que o faça de modo inespecífico, já que existem neurónios, circuitos e subsistemas altamente especializados que processam a informação de maneira peculiar.

Não existindo nenhuma área do córtex cerebral que seja unicamente receptora, o autor afirma que o cérebro percebe ou conhece, a partir de uma categorização que resulta de reunir toda a informação neuronal circulante, reprocessá-la e

acomodá-la com a informação armazenada, com o objectivo de reprogramar a actividade dos restantes subsistemas do organismo.

Para se compreender as relações subtis mente/corpo e a patogénese da doença somática, as investigações recentes em Neurobiologia permitiram elucidar a importância do cérebro como um órgão surpreendente e imensamente complexo, que Freud, em 1895, no *Projecto para uma Psicologia Científica*, evidenciou ao acreditar que os fenómenos mentais deveriam ser finalmente explicados em termos de funções cerebrais. Cerca de seis décadas foram necessárias para que as descobertas em Neurobiologia clarificassem e mostrassem que a negligência então dada a este órgão evitou a compreensão entre as relações mente/corpo e a doença somática, isto é, a compreensão dos mecanismos cérebro - corpo.

Originalmente, em 1937, Papez (Taylor, 1989) propôs que o sistema límbico ou visceral, ligado ao sistema nervoso autonómico e ao sistema nervoso endócrino, constituía um mecanismo para a elaboração e expressão das emoções. Depois, Mac Lean (1977, citado em Taylor, 1989) descreveu três subdivisões major do sistema límbico, duas das quais se desenvolveram em associação com o aparelho olfactivo e se relacionam com as funções auto-perservativas das espécies. A divisão conectada com a amígdala, relaciona-se primeiro com

as funções de alimentação, luta e auto-protecção, enquanto a divisão que envolve a região do septo se relaciona com as funções genitais e de procriação. Os circuitos na terceira divisão desviam para o aparelho olfactivo e estabelecem conexões com o neocortex. Este é responsável pelas funções cognitivas, incluindo a simbolização.

No que respeita à telencefalização do ser humano, existem dois hemisférios cerebrais, assimétricos, que processam a informação biológica de forma muito distinta:

- hemisfério direito, não verbal e espacial, é mais especializado na elaboração e reconhecimento da vida emocional (comparável ao que Freud chamou de processo primário). Categoriza a experiência de modo simultâneo, sintético, analógico e intuitivo
- hemisfério esquerdo, racional e lógico, é mais especializado no manejo do código verbal e da expressão simbólica (comparável ao processo secundário de Freud). Processa a informação de modo temporal, sequencial e digital.

A maturação do sistema nervoso central é modulada pela experiência e esta, em paralelo com a informação genética, determinarão, em grande parte, o estabelecimento das conexões neuronais. Completa-se anos depois do seu nascimento e esse

espaço de tempo configura um período crítico no qual têm lugar alguns processos de consequências praticamente irreversíveis (Mota-Cardoso, 2001).

O processamento dos diferentes códigos neuronais e a coordenação da informação neles contidos, efectua-se nas regiões de integração (córtice orbitofrontal) e de associação, que traduzem numa actividade neuronal transformada - estado mental - que é então enviada em *output* para as variadas instâncias de processamento cerebral. Pelo seu lado, a experiência fornece o *input* e activa estas mesmas regiões, isto é, determina as representações e o processamento das representações.

O córtice orbitofrontal, parte integrante da região pré-frontal, é considerado o topo hierárquico do sistema límbico e é o primeiro a desempenhar o papel nos processos reguladores da memória, emoção e relações interpessoais, nomeadamente nas relações de vinculação (Mota-Cardoso, 2001). Participa na regulação do Sistema Nervoso Autónomo, em virtude das suas conexões com o hipotálamo e as áreas autonómicas, e a sua estimulação provoca alterações neuroendócrinas.

O autor comenta que, sendo a maturação do córtice orbitofrontal possível apenas depois do nascimento, está

dependente da experiência e da regulação interpessoal e no homem, os sistemas genéticos que programam as conexões estruturais destas áreas estão extremamente activos durante um período crítico que vai desde os 12 aos 18 meses do desenvolvimento. Esta é a fase em que a experiência é sobretudo corporal e sócio-afectiva e resulta principalmente dos processos diádicos de vinculação. Então o bebé atinge a sua capacidade de autoregulação, através do desenvolvimento de mecanismos reguladores internos, caracterizados por periodicidade ou ritmicidade, desencadeados pela estimulação fornecida pela figura materna. À medida que o cérebro da criança amadurece, os padrões rítmicos dos estados comportamentais e fisiológicos do bebé também evoluem.

A meio do segundo ano de vida, se tem uma mãe emocionalmente colaborante, o bebé desenvolve um sistema fronto-límbico maduro, que passará a regular as suas próprias funções autonómicas, endócrinas, imunitárias e cerebrais superiores, na presença da mãe e depois, na sua ausência. Sintetiza ainda, referindo que a vinculação estrutura literalmente o cérebro em desenvolvimento (cap. 2.3.6).

1.2. Ritmos Biológicos

Em geral, o ser humano é um indivíduo programado geneticamente para a vida diurna, estando os seus processos metabólicos e energéticos subordinados às fontes de luz.

Citando Taylor (1989), um dos mais reconhecidamente informados e reflexivos cientistas que observa minuciosamente os conceitos da recente investigação psicanalítica, social e biológica, iluminando o processo psicossomático, o autor refere que dois psicofisiologistas (Hobson e McCarley) descreveram, em 1977, um relógio neuronal ou oscilador, que se pensou regular o ciclo sono - sonho (NREM - REM). Porém, mais recentemente, em 1983, Hobson (1996) sugeriu que este oscilador ultradiano estava associado com o oscilador para o ritmo circadiano noite - vigília, localizado no hipotálamo anterior (núcleo supraquiasmático), que recebe aferências várias e emite eferências reguladoras. Propôs que este ciclo apenas oscila a alta amplitude quando o oscilador hipotalâmico está no seu nadir. Assim, o cérebro é capaz de prever, com sucesso, o tempo de ocorrência e a duração dos períodos de luz, necessitando o referido relógio, apenas, de um ligeiro reajustamento diurno para sincronizar

perfeitamente a actividade corporal e comportamental com a existência de luz.

A descoberta da ritmicidade espontânea da actividade nervosa ajudou a resposta a duas questões que se colocavam com inquietação aos investigadores:

- como pode a consciência persistir na ausência de forte informação sensorial, como o faz claramente nos sonhos?
- como podem os estados conscientes ser ritmicamente regulados, como o são ao longo do dia?

O autor refere que a actividade onírica é uma função psíquica ritmicamente controlada por células nervosas com actividade *pacemaker* (propriedade de auto-ritmicidade de algumas células).

Outras numerosas funções fisiológicas e comportamentais revelam ritmos cíclicos, provavelmente com vários osciladores internos, alguns dos quais podem ser influenciados por mudanças no mundo exterior:

- o ciclo da pulsão instintiva oral, relacionada com o comer e beber
- a contractibilidade gástrica que tem um ritmo ultradiano

- a temperatura corporal, pressão arterial, respiração, batidas do coração, açúcar do sangue, níveis de hemoglobina e níveis de cortisol e outras hormonas, têm ritmicidade circadiana. As funções mais claramente submetidas a esta ritmicidade são as endócrinas, as de alerta e as de rendimento cognitivo (Valdés, 2000).

Os indivíduos variam qualquer coisa nos seus ritmos, mas, a temperatura corporal, por exemplo, sobe durante o dia e cai para o nadir, de noite. Os níveis de circulação da prolactina sobem durante o sono e descem com o acordar. Os corticosteróides atingem o mais alto nível durante a última parte da noite, quando predomina o sono REM, mas a secreção da hormona do crescimento, que promove a síntese das proteínas, ocorre durante as fases três e quatro do sono NREM, especialmente durante a primeira parte da noite. A asma brônquica, úlcera e transtornos afectivos, decorrem de acordo com as variações mesológicas, circadianas e sazonais e quase todas se tornam hipersensíveis às oscilações luminosas, térmicas e hidrológicas, quando se cronificam.

O ritmo circadiano é sincronizado com o ciclo vigília - noite, devido às mudanças de luz. Os ritmos biológicos também amadurecem em sequências desenvolvimentais. Portanto, a idade é uma variável importante quando se consideram os mecanismos psicossomáticos (Valdés, 2000).

A descoberta que os sistemas biológicos funcionam de modo periódico e rítmico, tem importantes implicações para a compreensão da saúde e da doença. De facto, cada vez mais se reconhece que algumas doenças estão associadas com maus funcionamentos dos ritmos circadiano ou ultradiano, mas a direcção da relação causa - efeito nem sempre é clara.

O autor refere ainda que as oscilações cronobiológicas são muito potentes na dor crónica de qualquer etiologia, nas doenças autoimunes e nas patologias sistémicas em geral.

Por outro lado, a própria manifestação da patologia somática, aparece muitas vezes como repetida, seja no mesmo indivíduo, seja em indivíduos da mesma família, ou ainda em várias gerações da família (Gauthier, 2001). Este autor, especialista em observação de bebés, refere que os ritmos corporais são processos submetidos a regulações complexas, sendo o corpo do bebé o lugar da manifestação, não de um ou de alguns ritmos corporais, mas sede de uma grande quantidade de ritmos vários que exercem uns sobre os outros influências variadas. De facto, acrescenta, a adequação de uma mãe ao ritmo do seu bebé, é um mistério.

Além dos macroritmos que são envolvidos pela alimentação, eliminação e sono - vigília, existem microritmos, envolvidos na sucção, choro e certos

comportamentos estereotipados. Aliás, uma fase de sincronia que é estabelecida entre mãe e filho, depende do desenrolar da mútua adaptação, bem como das interacções nas quais o comportamento de cada indivíduo afecta e é afectado pelo do outro. Quer a observação directa de bebés, quer a análise de filmes, mostraram que filho e mãe usam repertórios de comportamento para iniciar, reforçar e regular o comportamento do outro. São os *actos virtuosos* que Stern (1991) descreveu, impressionado com a regulação recíproca de comportamentos mãe - filho, criada em corridas de actividades sincrónicas que são análogas à relação entre elementos de um par de dança, onde há passos mais harmoniosos e outros menos, onde umas tentativas resultam, outras não, fazendo-os ligar ou desligar dos desejos de estados sincrónicos. A mãe, ora faz de regulador comportamental, ora faz de regulador biológico para o seu filho, misteriosamente.

Taylor (1989) afirma que a influência dos ritmos biológicos no tempo do início da doença é bem conhecido no enfarto, na oclusão coronária, dores de cabeça, da úlcera duodenal, que ocorrem no sono REM.

Os afectos, como as pulsões, que se entende actualmente neles incluídas, constituem os 'adjectivos', os definidores da experiência humana, bem como dos processos reformuladores do significado e significância dessa experiência. Consequentemente, pensa-se que os afectos, enraizados biologicamente, incluem uma dimensão cognitiva experiencial e uma comportamental. Como resultado, os afectos estendem-se cognitivamente a funções como atenção, avaliação, amplificação, imaginação, representação mental, mecanismos de defesa, sonhos e comunicação verbal. Contribuem para se estimar, validar e apreciar os objectos dos quais se depende e para os quais se contribui, quando internalizados, para se crescer em importância. Segundo o autor, é assim, fundamentalmente, o modo como se desenvolve e amadurece a pessoa humana.

Acrescenta que, reler Freud hoje, será substituir libido por afecto. E comenta que emoções, afectos e sentimentos, são dignos parceiros privilegiados da vida mental cognitiva. Pode-se apreciar como interagem uns com os outros - de um ponto de vista dos seus níveis separados mas semelhantes, mas tem também que se considerar que estão tão intrinsecamente interconectados, que são funcionalmente indivisíveis.

Embora o pensamento cartesiano contribuísse para limitar os progressos da compreensão do papel das emoções e afectos

na saúde e na doença, Taylor (1997) refere que as emoções não causam nada; são componente e parte das respostas organísmicas adaptativas e não adaptativas. Contudo, o princípio da autoregulação pode ser aplicado às emoções. É um princípio biológico, básico para todos os sistemas vivos. Apesar do princípio da autoregulação ter emergido dos trabalhos de Bernard e Cannon (cap. 1.3.2) sobre os mecanismos homeostáticos que regulam e mantêm constantes condições no meio interno do organismo, estende-se para além dos sistemas fisiológicos, para incluir autoregulação nos sistemas comportamentais, como reconhecido na teoria geral dos sistemas.

Actualmente está estabelecido, comenta, que as emoções assentam no cérebro e que sistemas de projecção neuromodeladores regulam o despertar fisiológico e a actividade motora expressiva em comportamento emocional. Deficiências surgidas nestes sistemas neuromodeladores, produzem desregulação do afecto e certos tipos de psicopatologia.

O facto de Taylor (1989, 1997) tentar encontrar ligações entre dados da psicofisiologia e da psicanálise, tem permitido elaborar, de outro modo, a emoção, os afectos e o seu papel ao longo do desenvolvimento e no equilíbrio de cada indivíduo (Ouakinin, 2000). No mesmo contexto, refere a

autora, o estudo da neurofisiologia da emoção e da regulação dos afectos, parece ser um passo indispensável para a compreensão das relações entre o físico e o psíquico, entre o equilíbrio homeostático e a desregulação que a doença apresenta.

De um modo curioso, Valdés (2000) refere que se pode definir a emoção como o correlato subjectivo dos diferentes processos psicobiológicos, ou ainda, como o estado mental que deriva do modo como o sistema nervoso central processa a informação biológica. Entendida assim, a emoção constituiria um indicador subjectivo de eficiência adaptativa e um agente corregulador das motivações e da conduta com que o sujeito interactua no meio envolvente.

Acrescenta que a emoção implica sempre activação biológica, mas nem toda a activação biológica se traduz necessariamente em informação simbólica, isto é, em estados mentais, dado que o córtex cerebral é susceptível de ser activado através do sistema reticulo-frontal que alerta o organismo e o prepara para a acção, sem correlato emocional manifesto.

Assim, a activação emocional implicaria sempre activação cortical e processamento de informação simbólica no sistema límbico, de tal forma que esta classe de activação é

promovida pelo sistema reticulo-límbico-cortical e se traduz em diferentes estados subjectivos - cólera, alegria, aversão, etc., que são acompanhados de padrões específicos de regulação neurovegetativa.

O autor acrescenta que actualmente se aceita que o sistema límbico representa o tecto evolutivo do cérebro do mamífero e opera trocando continuamente informação com o córtex sensorial e o visceral e com o córtex temporal que o cobre. Também troca informação com as áreas associativas pré-frontais, mas todo este procedimento de processar a informação é subliminar da consciência do indivíduo e apresenta muitas semelhanças com o próprio processamento do sistema límbico animal.

Para explicar a natureza dos estados emocionais, acrescenta Valdés (2000), é quase unânime a aceitação da teoria cognitiva que postula que a qualificação da resposta emocional está determinada pelas expectativas, as atribuições, as leituras (ou seja, as cognições) que o indivíduo faz a respeito do seu contexto e circunstâncias. Ainda que nem todas as respostas emocionais estejam sustentadas por correlações cognitivas identificáveis, a maioria delas aceita "textos" que as tornam mais compreensíveis (como é o caso da vergonha) e a sua assunção permitiu confirmar hipóteses e estabelecer previsões.

Essa teoria cognitiva da emoção propõe que o estado emocional está codeterminado por:

- grau de activação nervosa central
- tipo de cognição ou de apreciação que o indivíduo faz da situação
- conduta potencial ou real com a qual se confronta a experiência.

O modelo mais utilizado no contexto da teoria cognitiva da emoção tem sido o modelo do controlo, que propõe que a adaptação a uma situação (a redução da activação) se produz quando o indivíduo faz a cognição de que é possível confrontar-se com a experiência através dos seus próprios recursos. Posto que tais cognições têm lugar maioritariamente fora do campo da consciência, o seu controlo e modificação exigem tecnologia psicológica específica, à margem da introspecção do indivíduo. Daqui, refere o autor, a importância das terapias cognitivas de uso clínico deduzidas da teoria da emoção e da investigação em laboratório.

Numa perspectiva psicobiológica, para Valdés (2000), cada estado emocional resulta do processamento simultâneo dos estímulos ambientais realizado pela amígdala e pelo hipocampo, numa rápida troca de informação que curto-circuita

o córtex associativo pré-frontal. Uma vez percebida a situação através dos órgãos dos sentidos, o córtex sensorial incrementa o seu estado de vigilância pela acção energizadora do sistema reticular e prepara-se para processar os estímulos. O córtex associativo parietemporal integra a informação que lhe chega da amígdala (que já contém cognições e estados emocionais como resultado de processar a nova informação em referência à memória de estados emocionais prévios) e também integra a informação que lhe chega do hipocampo, onde está armazenada a informação territorial num mapa cognitivo. O processamento da informação parieto-temporal vai-se irradiando gradualmente a todas as áreas associativas circundantes e culmina no córtex pré-frontal, estrutura especificamente humana, onde a informação biológica pode categorizar-se conceptualmente e ser traduzida em palavras e em pensamento.

Porém, esta tradução da informação biológica em informação simbólica é muito incompleta e não exprime mais do que uma minúscula parte de todas as transformações que se operam no organismo a propósito de cada experiência emocional. Isto passa-se assim, porque, nos processos de adaptação biológica, o processamento da informação mais importante tem lugar através de circuitos e subsistemas que

pertencem ao cérebro que opera à margem da autoconsciência e não conta com a palavra.

O autor refere ainda que, mesmo que as investigações mais recentes apontem para a possibilidade de que cada estado emocional seja psicobiologicamente idiossincrático e mesmo irrepetível em cada indivíduo, dada a essência basicamente dinâmica e cambiante do seu sistema nervoso, puderam-se identificar padrões psicobiológicos específicos de cada experiência emocional. Por exemplo, nos estados de tristeza, é identificável uma maior actividade funcional do córtex pré-frontal médio. Em contrapartida, nos estados de alegria, a actividade funcional diminui no córtex temporal de ambos os hemisférios, no córtex prefrontal e na parte superior do giro cingular do hemisfério direito.

Conclui que os diferentes estados emocionais aparecem de acordo com uma mesma sequência cronológica, identificável em todos os seres humanos:

- aos três meses de vida, o recém-nascido é capaz de experimentar surpresa, que se acompanha de diminuição da frequência cardíaca
- dos dois aos quatro meses, observa-se a emoção de cólera, associada a um aumento de frequência cardíaca e a diminuição da temperatura cutânea

- dos três aos cinco meses, observa-se a alegria, com diminuição da frequência cardíaca e a tristeza, com aumento da frequência cardíaca e diminuição da temperatura cutânea
- dos quatro aos nove meses, aparecem as emoções de medo, com aumento da frequência cardíaca e diminuição da temperatura cutânea
- entre os doze e os quinze meses, a criança começa a experimentar emoções de vergonha (Ekman, 1983, citado por Valdés, 2000).

O aparecimento sequenciado dos estados emocionais sugere que existe um processo hierarquizado de maturação psiconeural, inicialmente regulado pelo código genético.

Embora as diferenças hemisféricas tenham sido mais extensamente estudadas a respeito das funções cognitivas, também existem dados sobre a assimetria funcional cerebral na regulação das emoções. Por exemplo:

- doentes com lesões no hemisfério direito, manifestam um humor eufórico indiferente, ao passo que
- doentes com lesões no hemisfério esquerdo, manifestam reacções disfóricas com ansiedade e/ou depressão.

A hipótese é que o hemisfério direito tem um papel especial em processar a emoção e que questões emocionais e espaciais provocam maior activação do hemisfério direito, comparativamente às questões verbais e não emocionais, cuja estimulação provoca maior activação no hemisfério esquerdo (Schartz, 1975, citado por Taylor 1989).

Investigações posteriores (Schawrtz, 1979, citado por Taylor, 1989) sugerem que o hemisfério esquerdo pode estar mais envolvido com emoções positivas e o hemisfério direito mais envolvido com as negativas. As provas de que o hemisfério direito desempenha um importante papel na expressão da emoção vêm dos trabalhos efectuados por neurologistas comportamentais sobre *aprosodias*, mostrando que o hemisfério direito contribui para a componente afectiva da linguagem (a prosodia refere-se à distribuição do stresse e contorno da melodia na linguagem) (Taylor, 1989).

No que diz respeito à lateralização de outras funções como a modulação central do sistema imunitário, tem-se estabelecido uma associação entre a dominância hemisférica e as doenças autoimunes, apontando para um aumento destas doenças em situação de dominância do hemisfério direito, o que poderá eventualmente sugerir uma activação imunitária dependente deste hemisfério. O mesmo autor (Geschwind, citado por Habib, 2000) evidencia que, numa série de trabalhos

efectuados sobre largas populações de indivíduos canhotos, por um lado e de indivíduos portadores de afecções imunitárias, por outro, descobriu a existência de associações entre estas duas situações. Mostrou que os sinistros absolutos tinham estatisticamente mais probabilidades do que os dextros absolutos, de apresentar (assim como os seus parentes próximos) certas afecções que têm em comum uma disfunção do sistema imunitário: doenças alérgicas como asma, eczema ou sinusite e doenças autoimunes como tiroidites, afecções intestinais ou miastenia.

O cérebro, para organizar a sua actividade, requer, como já referido, uma forma de valorização da função neuronal, isto é, um mecanismo de avaliação dos estímulos. O sistema de valor da função neuronal actua aumentando o estado de activação, que, estimulando a plasticidade neuronal, facilita a fixação. Deste modo, se o cérebro avalia significativamente o acontecimento, este terá maior probabilidade de ser recordado no futuro. Este é precisamente o papel da amígdala, que modula o impacto da activação emocional na arquitectura neuronal (Mota-Cardoso, 2001). Enquanto alguns dos aspectos deste sistema de valor são inatos, como a motivação para a vinculação, a resposta ao olhar e à expressão facial, a busca de novidade. Existem outros que são adquiridos, como a aprendizagem. Depois surgem as emoções.

Assim, as emoções representam processos dinâmicos criados no interior do processamento desta avaliação dos estímulos e no contexto da influência social. Por sua vez, o processamento emocional prepara o cérebro e o corpo para a acção, criando um estado de prontidão para actuar.

Mota-Cardoso (2001) acrescenta que a emoção envolve diferentes camadas de processos complexos que estão constantemente em interacção com o meio (interno e externo), desde a cognição, que faz a avaliação, até ao soma, que actua, via sistema endócrino e autonómico.

A emoção consiste na primeira manifestação mental do soma, a raiz mais somática da mente. A imediata reacção do corpo acompanha a percepção do meio que ocorre no cérebro e torna-se na informação daquilo que essa percepção significa.

Os estados internos exprimem-se externamente através da *empatia emocional*, revelada pela contracção e descontração muscular que o cérebro consegue decifrar e mesmo exprimir, significado e emoção, quer no olhar, quer na expressão facial de outro indivíduo. O autor precisa que a emoção, neurologicamente, não se limita ao sistema límbico, mas alarga-se até ao corpo na sua totalidade.

Sintetiza ainda, referindo a emoção como a via essencial pela qual a mente emerge através da interface:

- processos neurobiológicos, por um lado
- relações interpessoais, por outro.

O funcionamento da amígdala, por exemplo, ficará muito determinado pela natureza da vinculação emocional do bebé com a figura de vinculação, que serve de base de segurança, ficando assim configurado, em consequência, um aspecto decisivo do carácter individual. Possíveis deficiências alimentares, infraestimulação social e maus tratos físicos ou sexuais, incrementam a sua vulnerabilidade futura à disfunção e à doença. Por outro lado, a ausência de experiência, leva ao empobrecimento celular.

Para Mota-Cardoso (2001), as emoções funcionam como organizadores e integradores centrais entre os estímulos, os processos de memória, as conexões dos processos mentais, as representações com significado emocional, sintonizando o organismo com as exigências do meio e com base na experiência passada, através de efeitos fisiológicos periféricos. As emoções são reguladas e têm funções reguladoras. O estudo da emoção é o estudo da regulação emocional e o *self* depende do modo como a emoção é regulada. Então, acrescenta, a autoregulação, consiste, em parte, na regulação da emoção.

O conceito de regulação do afecto ou da emoção, é parte do constructo alargado de autoregulação, que se refere ao

funcionamento autónomo do organismo, um mecanismo universal e geral encontrado quer no comportamento biológico, quer no cognitivo. Embora Piaget não se tivesse dedicado a este tópico de modo muito extenso, propôs que o desenvolvimento do afecto persegue um curso que é paralelo e complementar do desenvolvimento cognitivo.

De facto, o desenvolvimento do afecto e o desenvolvimento das competências cognitivas para regulação dos afectos, estão intimamente relacionadas com as relações precoces que se estabelecem entre o filho e os pais. Através da sintonia ou afinação para com as expressões emocionais comportamentais do seu bebé, a figura materna é guiada a responder com adequado cuidado a expressões faciais e outras, ou seja, responde de modo empático, que, por sua vez, ajuda a organizar e regular a vida emocional da criança (Stern, 1992). No relacionamento mãe - bebé, como a criança desenvolve mais capacidades, bebé e mãe disparam em corridas periódicas de sincronia afectiva como adaptação ao comportamento e às novas necessidades do outro. Ambos partilham sentimentos, como num jogo de estados mentais. Com efeito, ser capaz de partilhar emoções, é extremamente importante para o desenvolvimento afectivo, porque é a partilha de emoções com a criança que indica que o estado de sentir é compreendido (Taylor, 1997).

1.3.2. Milieu Intérieur, Homeostasia e Stress

O fisiologista francês Claude Bernard (1878, citado por Taylor, 1989) parece ter sido o primeiro a tentar identificar os acontecimentos, hoje chamados de *stressantes*, que perturbam o indivíduo. A sua ideia base foi a de que as ameaças físicas à integridade de um organismo, evocam respostas da parte deste, que contrariam essa ameaça. Salientou que a vida está dependente, de forma crítica, da capacidade do ser vivo manter constante o meio interno perante qualquer modificação do meio externo, ou seja, os organismos, para se manterem vivos, têm de possuir meios de autoprotecção, não só para se adaptarem às simples mudanças do meio exterior, como também no confronto com os outros seres. Os que estão melhor equipados para se defenderem, são os que apresentam maior probabilidade de sobreviverem. Reconheceu que não só as células do corpo vivem na linfa ou plasma, *milieu intérieur*, como o organismo, também ele, vive, na realidade, no mesmo ambiente. E a estabilidade deste meio interior é a condição primeira para a liberdade e independência da existência.

Posteriormente, Walter Cannon (1939, citado por Taylor, 1989), professor de Fisiologia, no seguimento das ideias de

Bernard, investigou os mecanismos específicos de resposta do organismo às modificações do ambiente externo que permitem o funcionamento corporal ideal. Introduziu o termo *homeostasia* para descrever o modo como aquele *milieu intérieur* é mantido num estado estável através de numerosos sistemas de controlo que regulam o funcionamento dos órgãos e tecidos do corpo, mediados pelo sistema simpático-medular (Vaz Serra, 2002). Esses sistemas de controlo envolvem vários mecanismos de feed-back internos e externos que evocam mudanças que recompensam funções fisiológicas para com certos valores significativos, caso se tornem excessivos, ou muito pequenos.

Taylor (1989) comenta que os instrumentos mais bem conhecidos nesta orquestra homeostática, quando ameaçada, são os pulmões, rins, glândulas endócrinas e sistema nervoso autónomo, mas os fisiologistas mostraram que a regulação biológica também ocorre a níveis celular e extracelular.

Hans Selye, médico fisiologista e investigador (1936, citado em Vaz Serra, 2002), foi quem introduziu o conceito de *stresse*, de modo sistematizado, ficando o seu nome ligado à área de investigação com o mesmo nome. Ao paradigma de Cannon, acrescenta que, no organismo humano, as consequências do *stresse* e as consequências da emoção, são sobreponíveis. Assim, unifica os estímulos físicos e psicológicos e totaliza o organismo para além do corpo - mente (Mota-Cardoso, 2001).

A capacidade de reacção a situações indutoras de stresse, que se caracteriza por uma série de respostas fisiológicas, adaptativas e catabólicas, é indispensável à manutenção da homeostasia individual.

Este autor descreveu um modelo de resposta fisiológica a vários estímulos nócuos ou stressores, a que chamou *Síndrome de Adaptação Geral*, associando-o a mudanças hormonais mediadas pelo eixo hipotálamo-hipófise-supra-renais. Embora considerasse estas mudanças inicialmente adaptativas, também propôs que elas pudessem precipitar o começo da doença, especialmente quando o estado de stresse fosse prolongado. Acrescenta que, embora este modelo não avançasse no conhecimento do processo psicológico que medeia entre stressores e respostas fisiológicas, foi fundamental para a investigação psicoendócrina no sistema cortical hipofisário-supra-renal.

O conceito de Selye de *doenças de adaptação* é semelhante à visão de Wolff (1950, citado por Taylor, 1989), da *resposta adaptativa protectora*, caracterizada por mudanças psicológicas, fisiológicas e comportamentais, específica do indivíduo e determinada pela hereditariedade, onde a doença, mais do que consequência directa de acontecimentos stressantes, é a consequência da falência na adaptação aos acontecimentos stressantes.

Para Valdés (2000), que como Wolff, negligencia o papel do inconsciente, o stresse é um estado de activação biológica permanente, que resulta do fracasso do organismo para reduzir essa activação com os seus próprios recursos. Todo o organismo tende a activar-se (energizar-se) quando tem que se confrontar com uma situação nova e como resultado das suas interacções com o meio, pode:

- adaptar-se, habituar-se e fazer com que os seus parâmetros biológicos voltem aos níveis homeostáticos basais, ou
- manter-se em estado de activação e desorganizar alguns dos seus sistemas adaptativos.

Estes são basicamente quatro:

- autonómico ou simpatico-suprarenal, que é o responsável pela energização inicial e opera fundamentalmente com informação bioeléctrica
- neuroendócrino, que propaga a activação a todo o organismo através da informação molecular (hormonas)
- imunitário, que também utiliza informação molecular (antigenes e anticorpos) e é responsável pela adaptação a longo prazo

- comportamento, que utiliza informação simbólica e opera sobre o meio através da acção.

Em termos psicobiológicos, o stresse seria definido como um estado de activação autonómica e neuroendócrina e de inibição imunitária e comportamental, quando já não é possível a reactividade e portanto, a habituação.

Clinicamente, este estado biológico exprime-se, em geral, através de:

- estados emocionais desagradáveis como a irritabilidade, ansiedade ou depressão
- alterações da vida instintiva, sem energia, sem impulso sexual, transtornos da alimentação e do sono
- elevação crónica dos níveis de cortisol, considerado como marcador biológico de stresse
- diminuição da imunovigilância, com a possível reactivação de vírus acantonados como o herpes
- deterioração do rendimento psicofisiológico, com dificuldades de atenção e concentração, torpor mental
- comportamentos de inibição e desesperança.

Todavia, esta série de respostas adaptativas, mas onde nada de novo é construído e nada de antigo é reparado, são indispensáveis à manutenção da homeostasia. Assim, constitui-se uma defesa indispensável à vida, embora ameaçadora e susceptível de vulnerabilizar a mesma, principalmente se este estado de stresse for prolongado e intermitente. Esta vulnerabilidade do organismo, não só possibilita um desencadear potencial da doença somática, como o efeito do stresse sobre o próprio sistema nervoso é fundamental para a compreensão da auto-organização e autoregulação superior, bem como das consequências futuras de uma vinculação insegura (cap. 2.3.6) e do trauma precoce.

Tanto o stresse como a emoção forte, se intensos, podem agir sobre a formação do hipocampo e no desenvolvimento do sistema nervoso. Conforme testemunhos de Wiener e Levine (1983, citados por Mota-Cardoso, 2001), a exposição, mesmo que por curtos períodos de tempo, a níveis elevados de corticosterona, durante o período perinatal, condiciona o tipo de resposta futura do eixo HPA (eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal) - principal substracto anátomo-funcional do stresse.

Se a experiência de stresse traumático for precoce, pode ainda regular definitivamente o grau de adequabilidade da resposta do eixo HPA, com consequências duradouras na sua

repercussão sobre a estrutura do sistema nervoso central, nomeadamente o córtice-orbitofrontal. Em qualquer dos casos (Mota-Cardoso, 2001), aumenta o risco de doença médica.

Ao contrário de Selye, Hinkle (1961, citado por Taylor, 1989) evidenciou os factores cognitivos e emocionais ou seja, o modo como os indivíduos percebem e avaliam as suas situações de vida, o que proporcionou que estudos posteriores investigassem as respectivas respostas conscientes de *coping*, os mecanismos inconscientes de defesa do eu e a disponibilidade dos sistemas de suporte social.

1.3.3. Susceptibilidade ao Adoecer

Relativamente às alterações biológicas que decorrem de situações stressantes ou que ocorrem em resposta a stressores, tem-se procurado investigar o papel que estas mesmas alterações podem desempenhar na génese e evolução de várias doenças. A resposta de stresse é definida como a resposta a um stressor, que inclui um componente psicológico e outro fisiológico, sendo uma reacção normal do organismo que tende a repor a homeostasia (Ouakinin, 2000). A autora refere que as relações entre o sistema nervoso e o sistema imunitário representam um campo privilegiado para procurar entender a influência dos meios externo e interno nos

processos de adaptação e na vulnerabilidade face à doença. Acrescenta que as interacções imunoneuroendócrinas em situações de stresse como luto, stresse académico, divórcio, solidão, privação do sono ou na depressão, podem contribuir para esclarecer estas questões, embora não haja evidência de que as alterações na função imunitária sejam clinicamente relevantes.

Para além dos stressores físicos, a atenção dos investigadores é dirigida aos stressores psicossociais. Como exemplo, a manipulação de animais recém-nascidos sem a presença da mãe (Meaner et al., 1991; Bhatnagar & Meaney, 1995, citados por Mota-Cardoso, 2001) provoca, no futuro, uma menor resposta do eixo HPA ao stresse. De outro modo, animais submetidos a estímulos violentos como a separação materna prolongada ou trauma físico, ficam sujeitos a uma resposta aumentada, para sempre, do eixo HPA (Meaney et al., 1988; Meaney et al., 1996, citado por Mota-Cardoso, 2001).

Outros estudos ainda, permitem a percepção de que a ausência de *handling* parece condicionar uma redução do número de células na formação do hipocampo do animal adulto velho (Herman & Cullinan, 1997, citado por Mota-Cardoso, 2001). Donde, refere o autor, em situações onde são exigidas regulação do afecto e regulação da resposta ao stresse, a inabilidade de adaptação e a contínua activação ou inibição

do eixo HPA, sem a respectiva adequação à situação vivida, pode ter consequências duradouras na sua repercussão sobre a estrutura do sistema nervoso central, nomeadamente o córtice orbitofrontal e colocar em causa a não resiliência à doença somática.

Os modelos animais de doença, para além de identificarem variáveis ou relações biologicamente relevantes, procuram esclarecer a comparticipação de factores psicossociais na evolução de várias patologias, nomeadamente infecções, doenças autoimunes e tumores. Existem claras evidências experimentais de que o stresse opera como um cofactor na patogénese e gravidade de doenças infecciosas, através da modulação imunitária (Ouakinin, 2000).

Por seu lado, o estudo da importância dos factores relacionados com o stresse no desenvolvimento de várias doenças, tem dado origem também a numerosas investigações nos humanos. A questão que então se torna interessante é a da tradução clínica das relações psiconeuroimunoendócrinas, objectivadas através do estudo da resposta comportamental a agentes patogénicos em situações de possível perturbação emocional relativas às relações afectivas familiares.

Investigações que observaram bebés que vivenciaram privação materna crónica, isto é, antes de haver algum grau

de self-objecto diferenciado (Siegel, 1996) e o estabelecimento da representação mental, mostraram que, deste modo, se podem precipitar reacções psicobiológicas e uma aumentada susceptibilidade individual, futura, para a doença. Isto pode ocorrer mesmo quando as necessidades corporais infantis - fome, sede, protecção e higiene - se verificam (Bakwin, 1942, citado por Taylor, 1989).

Também Spitz, em 1945 (Spitz, 1980) descreveu a síndrome do *hospitalismo*, observada em crianças institucionalizadas. A partir do terceiro mês de hospitalização, as crianças começavam a mostrar uma aumentada susceptibilidade à infecção e a doenças, encontrando-se uma alta mortalidade. As que sobreviviam, manifestavam falta de peso, atraso no desenvolvimento e mesmo, estado de marasmo.

Num estudo no ano seguinte, em colaboração com Wolf, em 123 crianças colocadas numa enfermaria durante a segunda metade do seu primeiro ano de vida, os autores descreveram um fenómeno semelhante, mas menos severo, a que chamaram *depressão anaclítica*. Estas crianças tinham sido afastadas das mães, estavam deprimidas e mostravam menor resistência às infecções intercorrentes. Algumas desenvolviam eczema, outras insónia, outras ainda perdiam peso, mas a perturbação era reversível se as crianças se juntassem novamente às suas mães, dentro de três, quatro meses. Dado que nem todas as

crianças desenvolviam depressão anaclítica, a separação da mãe parecia ser uma causa necessária, mas não suficiente, para a ocorrência.

Taylor (1989) refere que, embora o termo anaclítico, que significa propensão, claramente implique uma relação de objecto na qual a sensação de bem estar da criança se relaciona com a dependência à mãe, Spitz interpretou estas descobertas dentro da estrutura da teoria clássica das pulsões. Atribuiu os efeitos da separação materna, não à perda do objecto de amor, mas sim ao facto que a perda interrompe a descarga dos impulsos libidinais e agressivos. Como referido no capítulo 1.1.1, esta fórmulação é consistente com as teorias clássicas psicossomáticas, que atribuíam doença física às energias ou impulsos energéticos danificados.

Na direcção de Spitz, Robertson e Bowlby (1969) descreveram *protesto*, *desespero* e *desapego*, como as três fases na resposta comportamental infantil à separação da mãe. Todavia, mais tarde, em 1973 (Spitz, 1998), Bowlby concordou que a terceira fase não era um degrau invariante na sequência da depressão anaclítica.

Em colaboração com Ainsworth, Bowlby (1969) e a autora, combinaram descobertas da etologia com observações dos

efeitos da privação materna e desenvolveram uma teoria da vinculação infantil humana, que considera que as crianças nascem com uma predisposição biológica, portanto inata, para procurar proximidade e contacto com a mãe. O modo pelo qual a mãe reage e a quantidade de interacção com a criança, determina de que forma a vinculação (*bonding*) ocorre, revelando-se essencial para um desenvolvimento óptimo. Acredita-se que, disrupções neste vínculo, terão profundos efeitos no desenvolvimento da personalidade infantil. Ao mesmo tempo, evocam mudanças fisiológicas que podem conduzir ao início da doença (Prugh, 1951; Engel, 1956, 1979, citado por Taylor, 1989).

O autor comenta que, apesar dos estudos animais e dos estudos infantis humanos demonstrarem a poderosa influência que a separação materna pode ter no processo biológico e susceptibilidade à doença, não clarificam como é que estas mudanças acontecem. Esta temática da compreensão das respostas infantis à separação materna vai ser retomada no capítulo 3.3, relação precoce e processos reguladores.

Valdés complementa (2000) que as experiências precoces têm um peso diferente da biografia posterior no desenvolvimento do aparelho psíquico e na sua manutenção da saúde.

1.4. Vulnerabilidade Psicossomática

Na procura do conhecimento e da compreensão do funcionamento da globalidade e unicidade do ser humano, o pensamento filosófico e a ciência clássica têm divergido, ao longo das suas próprias histórias, do monismo idealista ao dualismo absoluto, ou mesmo, recentemente, às metodologias que favorecem visões integradoras dos fenómenos, influenciando deste modo as várias posições teóricas que têm abordado o estudo do corpo e por consequência, do adoecer e da doença que se exprime através dele.

Haynal e Pasini (1984) referem que, apesar da dificuldade que o espírito humano experimenta diante da abordagem sintética dos problemas complexos, a tendência é para uma compreensão global da pessoa doente. As noções de organogénese e de psicogénese foram abandonadas. A causalidade psicológica linear já não é tomada em consideração, nem mesmo a ideia de uma independência dos processos orgânicos em relação ao ser global nos seus contextos envolventes, ambiente e relação.

Na abordagem psicossomática actual, acrescentam, a doença, psicológica ou somática, é concebida como uma modificação do ser total, indivisível, cuja alteração ou disfuncionamento se exprimem de modo diferente conforme a sua

constituição, história, meio e factores precipitantes. A mudança induzida pela doença, ao integrar-se neste conjunto, introduz ainda mais dimensões novas nas relações da pessoa doente consigo mesma e com o mundo. O modo de olhar a doença ou a saúde será do ponto de vista do sofrimento ou do bem estar do funcionamento global da pessoa humana. Este deve ser visto num contexto de comunicação bidireccional e de interacção com o meio. A estrutura é importante, mas a função também o é (Mota-Cardoso, 2001). A causalidade existe, mas no sentido multifactorial. A linguagem permite encarar, quer os neurotransmissores, quer o comportamento emocional, como mediadores de comunicação (Wiener, 1989, citado por Ouakinin, 2000). Acrescenta-se, é uma linguagem corporal, num contexto integrador, que se subdivide em vários níveis interrelacionais, desde o fantasmático (cap. 2), o celular (cap. 1, 3 e 5), o familiar (cap. 4), até à história existencial de um passado e de um presente que é (cap. 2.3.7).

Salientaram-se já, desde o início do trabalho, conceitos de modelos importantes na investigação em psicossomática, como relação precoce, vinculação, desenvolvimento do sistema nervoso central, ritmos biológicos, regulação emocional, acontecimentos stressantes, personalidade, modos de reacção as situações.

Actualmente (Ouakinin, 2000), salienta-se a procura de mediadores entre os níveis psicológico e biológico e de um modelo integrador, dando-se importância às investigações recentes no campo da regulação psicobiológica, ao longo do desenvolvimento da emoção e da expressividade emocional, ou da sua ausência.

Relativamente aos factores do ambiente envolvente com os quais a psicossomática se relaciona, sejam eles psicológicos, sociais, epidemiológicos, transculturais e ecológicos, também Engel (1980, citado por Haynal & Pasini, 1984) afirma que são sobretudo as mudanças no ambiente da relação humana, a perda do objecto e as suas consequências intrapsíquicas (cap. 2.3.4), que desempenham um papel essencial no desencadear das doenças, mesmo da banal constipação.

Se o indivíduo se sente abandonado pelo objecto, renunciado, desiste. As defesas somáticas, imunológicas e outras, enfraquecem-se. O autor estabeleceu prognósticos sobre os riscos de agravamento agudo de doenças crónicas, ou na véspera de operações difíceis, ao procurar este afecto de ser desamparado, sem esperança (helplessness / hopelessness).

Para além dos aspectos do ambiente, passam a ser considerados como importantes os factores psicológicos e relacionais, nomeadamente os estados emocionais e as

repercussões das situações geradoras de stresse, no aparecimento e evolução das disfunções neuroendócrinas.

1.4.1. Aspectos Psicológicos

Ouakinin (2000) refere que, por factores psicológicos associados a uma vulnerabilidade psicossomática, entende-se uma variedade de constructos que podem representar variáveis intermédias no processo de adaptação do organismo ao meio, ou seja, que favorecem ou inviabilizam um estado de equilíbrio. Salienda a relação entre tipos de personalidade, estratégias de coping e vulnerabilidade à doença.

O padrão de comportamento *Tipo A*, impaciente, agressivo, inquieto, hipervigilante, competitivo e ambicioso, evidencia predisposição para a doença coronária, por oposição ao padrão de comportamento *Tipo B*, despreocupado, relaxado e satisfeito. O padrão de comportamento *Tipo C*, pouco assertivo, cooperante e submisso, reprimindo particularmente as emoções negativas como a hostilidade, evidencia predisposição para o cancro. A autora acrescenta que o conceito de alexitímia traço, também surge como um factor da personalidade, que gera vulnerabilidade à doença, tendo em conta a expressão ou não das emoções.

Por outro lado e de um modo paralelo, as formas de reagir à doença também têm sido objecto de estudo na análise dos aspectos psicológicos, investigando-se sobre os mecanismos de coping - traços também estáveis e independentes do contexto, como os da personalidade, que permitem ou não, ao indivíduo, em situação de stresse, promover a necessária adaptação. Os mecanismos de coping aparecem como um contributo da psicanálise e especificamente, na linha dos mecanismos de defesa do Eu e podem ser activos ou de evitamento, na resolução de conflitos.

As estratégias activas de resolução de conflitos que implicam um envolvimento em projectos, a expressão das emoções e a procura de informação ou de suporte e as estratégias cognitivas que levam à compreensão da doença e à procura de um sentido para a vivência, bem como as estratégias de distração, parecem contribuir e correlacionar-se com uma melhor adaptação psicológica no contexto da doença grave (Ouakinin, 2000).

Se profundamente importantes os factores psicológicos na compreensão da vulnerabilidade psicossomática, a compreensão da sua intercomunicação com os factores psicobiológicos, através de uma causalidade circular, impõe-se.

Longe de Alexander, que encontrou um tipo de conflito relativo a cada organização e de Dunbar, que apontou uma desorganização específica para cada perfil de personalidade, Kreisler, Fain, Soulé e Spitz (citados em Taylor, 1989), descrevem e tratam os disfuncionamentos relacionais da díade inicial, porque a unidade psicossomática compreende a mãe, depositária das funções ainda não adquiridas pela criança, quer sejam psicológicas, quer somáticas. Já não se trata de carência, mas de privação dos meios de integração, que acarreta uma distorção de base.

De um ponto de vista etiológico, Coimbra de Matos (1989) aponta como uma das causas da doença psicossomática, uma *repressão primária excessiva*, anterior à capacidade de representar psiquicamente as experiências e sobretudo, anterior à capacidade de elaborar estas experiências no aspecto psíquico. A falha de vitalidade e entusiasmo, de esperança e sonho que o desinvestimento do bebé pela mãe (por retroacção narcísica, luto, ou investimento privilegiado paralelo), reflecte-se no bebé. É uma depressão autêntica, por perda de amor. O sujeito, pela inconstância e condicionalidade do amor do objecto por si, é assim levado a sofrer, numa depressão crónica sub-clínica, ou a adoecer no corpo.

Para além da perda de uma relação que ficou aquém do desejo e do fantasma, e de uma perda afectiva, Coimbra de Matos (1989) associa ainda a experiência traumática primariamente recalcada, apenas memorizada em afectos. Deste modo se organiza uma predisposição psicossomática.

1.4.2. Aspectos Psicobiológicos

Notável abordagem é feita por Ouakinin (2000), referente à construção de um modelo psicobiológico, onde se propõe (ou impõe) a necessidade de articulação entre a neurobiologia da emoção, a regulação dos afectos, a alexitímia, o papel dos mecanismos misteriosos de regulação escondidos na interacção precoce, o papel das estruturas cerebrais e da neuroquímica, na influência do desenvolvimento socio-ambiental da criança e no desenvolvimento de uma vulnerabilidade física, determinada em fases precoces da vida.

Referindo Taylor (1989, 1997), estuda-se a procura de ligação entre dados da psicofisiologia e da psicanálise, que permitem uma outra elaboração da emoção, dos afectos e do seu papel ao longo do desenvolvimento e no equilíbrio de cada indivíduo. O autor acrescenta que os dados obtidos pelo desenvolvimento da psicofisiologia, que permitem implicar na emoção o sistema límbico, a valorização do papel do

neocórtex, das conexões cortico-límbicas, da diferenciação e especialização hemisféricas, permitem ainda que os estados emocionais influenciem a cognição e aprendizagem e que os processos cognitivos modulem os afectos.

No que diz respeito à relação entre a lateralidade cerebral e o processamento cortical dos fenómenos ligados à emoção, aceita-se que o processamento inicial, holístico, dos estímulos emocionais, ocorre à direita e o processamento diferencial das emoções ocorre nas regiões anteriores de ambos os hemisférios: na região frontal temporal esquerda, para as emoções positivas e na frontal temporal direita, para as emoções negativas.

Relativamente à lateralização da modulação central do sistema imunitário, é comum estabelecer-se uma associação entre a dominância hemisférica e as doenças autoimunes, apontando para um aumento dessas doenças em situação de dominância do hemisfério direito, pelo que, de algum modo, se poderá sugerir uma activação imunitária dependente deste hemisfério (Ouakinin, 2000).

A nível neurofisiológico, a perturbação no desenvolvimento do córtex orbitofrontal, particularmente no hemisfério direito, tem implicações sobre a regulação corticolímbica, hipotalâmica e autonómica, por um lado e por

outro lado, sobre a capacidade de gerar representações simbólicas dos afectos. As emoções podem ser sentidas como sensações corporais indiferenciadas, um pouco como na alexitímia.

Os trabalhos de Spitz (1980) são reveladores do facto de as doenças psicossomáticas dos bebés serem consecutivas a mudanças específicas no ambiente, como separações da figura materna, por longos períodos. Num modelo psicobiológico, as separações prolongadas desta figura, acompanham-se de alterações límbicas, que provocam uma disfunção hipotalâmica, bem como uma retirada comportamental e um coping passivo (Ouakinin, 2000).

Por outro lado, Bowlby (1981) estudou o processo de desenvolvimento destas reacções de separação e perda do objecto de vinculação, em três fases:

- protesto, reacção de ansiedade, sinal de perigo, constitui a fase aguda
- separação, aparece a depressão numa segunda fase, ligada ao luto do objecto perdido (a mãe)
- desapego, no fim do trabalho de luto, graças à libertação de valências, torna-se possível que a criança se envolva com uma outra pessoa.

Este estudo mostra bem como, numa situação experimental, o desenvolvimento habitual da sucessão de afectos que se encontra, por exemplo, no momento da hospitalização de um doente, ou de um tratamento intensivo, surge primeiro a angústia, depois a depressão. No caso da criança, a angústia, sinal de perigo, provocando uma espécie de protesto, que tem valor de luta pela sobrevivência e a depressão, trabalho de luto que condiciona o afastamento em relação ao objecto perdido, permite um novo envolvimento, uma nova vinculação.

As experiências de Spitz mostraram que no caso de reencontros, a criança renuncia às suas relações com a mãe, mais ou menos depressa, em função do tempo de separação. Muito rapidamente, depois de alguns dias. Mais dificilmente, depois de uma longa duração, como se a imagem interior da mãe tivesse sido mais ou menos abandonada.

Como a unidade psicossomática é a díade, o sofrimento psicológico provocado pela desregulação do afecto materno, pode gerar uma imunocompreensão inadequada e a inabilidade ao stresse, antes que a criança possa desenvolver os seus mecanismos de autoregulação. As modificações psicobiológicas que acompanham a relação afectiva, desencadeiam padrões neurohormonais que influenciam o desenvolvimento das regiões frontolímbicas e das conexões que irão mediar a regulação e expressão dos afectos. Shore (1994, citado por Ouakinin,

2000) refere ainda que, entre o primeiro e o segundo ano de vida, ocorre o período sensível do desenvolvimento em que estas influências reguladoras podem funcionar, num sentido positivo ou negativo, dada a presença ou ausência da figura materna.

Dado que o tipo de regulação externa inicial irá marcar, de forma definitiva, a autoregulação futura, evidencia-se a importância da qualidade da interacção precoce e do estabelecimento de um vínculo afectivo estável. É o *Imprinting Neuroendócrino* a que Schore (1994, citado por Ouakinin, 2000) se refere no seu conceito de regulação do afecto através da interacção com a figura materna, cujo resultado é incluído no processo de maturação e desenvolvimento do sistema nervoso da criança.

Como a elevação do cortisol provoca alterações no desenvolvimento do sistema límbico e no sistema imunitário, que podem ter consequências permanentes, verifica-se no futuro, uma incompreensão limitada e inadequada em situações geradoras de stresse. A capacidade de reagir, em termos psicológicos, poderá também ser modulada pela retirada comportamental, pelo coping passivo referido e evidenciado pelas crianças estudadas e ainda pelo aumento da vulnerabilidade à depressão. Parecem ser os modos de expressão da comunicação e modelação negativas da resposta do

organismo, quer em termos psicológicos, quer imunológicos, a que Onnis (1996), numa abordagem sistémica, chama *linguagem do corpo*.

Considera-se ainda que, do mesmo modo que a figura materna funciona como um regulador externo para as funções neuroendócrinas da criança, esta regulação estende-se ao sistema imunitário, dada a comunicação entre sistemas e a partilha de mediadores comuns. Quando a figura materna, através da relação afectiva, regula a alteração emocional do bebé, também regula a expressão neuroquímica dessa mesma alteração. Assim, o aumento de hormonas de stresse e a redução de endorfinas que acompanham uma situação stressante, é revertido quando o bebé é apaziguado pela figura materna, no contexto de um vínculo afectivo estável e reparador.

Existem actualmente numerosos índices apoiando a hipótese de que um certo número de doenças estão em relação com perdas importantes e com a renúncia que se lhes segue (Taylor, 1989). Todavia, independentemente da tolerância individual parecer variável, o autor considera que a disfunção neurobiológica pode ser reversível através de um processo psicoterapêutico, onde aquela é modulada pela partilha afectiva numa relação empática entre terapeuta e doente, susceptível de suspender os antigos bloqueios e de permitir novos elos, sanígenos, no dizer de Coimbra de Matos.

1.4.3. Aspectos Psicossociais

Quanto aos factores sociais, Schwab, Fennell e Warheit (1980, citados por Haynal e Pasini, 1984) referem que nas classes baixas, aparecem cerca de 30% de doenças psicossomáticas e que nas classes altas surgem apenas 9%, o que confirma que a motivação para estar de boa saúde cresce quando as condições de vida são mais satisfatórias. Acrescentam que esta diferença se explica também pelo facto que a linguagem corporal desempenha um papel maior quando as possibilidades de expressão verbal são menores.

Os estudos transculturais consideram uma prevalência de úlceras duodenais na Grã-Bretanha, Escócia, Islândia e África do Sul, úlceras pépticas no Uganda e Alemanha, embora os factores que influenciam estes fenómenos não sejam claros. Na opinião de Margaret Mead, relativamente aos períodos de agitação ou de calma cultural, se faltam formas sociais adequadas para a expressão dos constrangimentos e das tensões no seio da personalidade, o indivíduo fica forçado a recorrer ao seu próprio corpo como instrumento de expressão simbólica.

No mesmo ambiente ecológico e social, não adoecem todos, nem ao mesmo tempo. É aos níveis psicológico e biológico individuais que se vai fazer a selecção. Estes aspectos

psicossociais e biológicos conservam uma grande importância no proporcionar a doença psicossomática. A epidemiologia pode ser influenciada por acções incidentes no meio envolvente, ecológico, técnico e social, acrescentam os autores.

1.4.4. Aspectos Ecológicos

A importância da influência das alterações naturais do ambiente sobre as reacções alérgicas como a humidade atmosférica, o vento, a chuva e a trovoadas, o cheiro da terra, ou a luminosidade, vêm sendo consideradas. As condições naturais têm o poder de modificar não só o nosso meio ambiente envolvente, como também a nossa homeostasia interna. Sendo várias as constatações destes fenómenos biológicos, a sua explicação, todavia, seja fisiológica ou outra, tem sido muito vaga. Por outro lado, um organismo pode reagir a um estímulo adverso, quer por uma explosão de actividades fisiológicas várias, quer por perturbações rítmicas oscilantes. Fraisse (1977), refere que o ambiente pode servir, assim, como sincronizador, modulador dos ritmos ou ser simplesmente perturbador - estes todos podem ser transitórios ou persistentes.

Sensibilizando para a Cronobiologia, organização complexa, temporal, dos fenómenos biológicos, Habib (2000)

aponta que a falha em reconhecer-se ritmos e modelos de resposta aos estímulos adversos, origina a dificuldade de compreensão das reacções psicossomáticas e do respectivo estabelecimento de hipóteses compreensivas. O papel da epífise ou glândula pineal, surge hoje como uma das peças principais do relógio biológico interno, capaz de sincronizar, por intermédio da sua secreção própria, a melatonina, sensível ao ambiente luminoso.

Considera-se ainda a possibilidade de, relativamente ao comportamento, se complexos ou mediadores imunes penetrarem na barreira sanguínea cerebral, a respectiva função poder ser perturbada com alterações várias como as do pensamento, da percepção, do sentimento e dos sentidos.

"Estamos longe da especificidade de perfis da personalidade ou da especificidade conflitiva. O desequilíbrio psicossomático impõe-se como um desequilíbrio da Pessoa, cuja experiência vivencial se instala numa falência de vinculação inicial. Fica disponível a incapacidade de auto-regulação, de auto-organização, deste modo específico, complexo e pessoal de adoecer".

Mota-Cardoso (1999)

2. PSICANÁLISE E PSICOSSOMÁTICA

"As experiências psicossociais envolvendo naturalmente as emoções individuais, são capazes de alterar a função corporal" (Taylor, 1989)

2.1. Breve síntese histórica

Pelo menos desde Hipócrates que a abordagem das relações mente/corpo se desenvolveu, mas foi a psicanálise que induziu a sua florescência como um movimento organizado (Taylor, 1989).

Sem usar o conceito, o modo como Freud acreditava que a saúde do corpo podia ser afectada pelos estados mentais, já o denunciava: os aspectos depressivos podiam trazer doença corporal em indivíduos com predisposição, ao passo que sentimentos de alegria e felicidade podiam ter um efeito rejuvenescedor no corpo. Freud mostrou muita curiosidade acerca do processo mental que causava sintomas somáticos histéricos e hipocondríacos, mas não se mostrara interessado pelas doenças orgânicas corporalmente.

No início dos anos 30 a psicanálise começou a dedicar a sua atenção para uma investigação sistemática da componente emocional nas perturbações corporais de pessoas doentes,

focando-se nas dimensões intrapsíquicas do indivíduo e revelando a importância do que hoje se chamam as perturbações psicossomáticas. Durante os anos 50 a medicina psicossomática tinha-se tornado numa bem estabelecida especialidade clínica, cujos diagnóstico, intervenção terapêutica e estudos de investigação, eram baseados no conceito psicanalítico de conflito psíquico inconsciente. Porém, uma a duas décadas depois, reconheceu-se que as deficiências no funcionamento do Eu, mais do que os conflitos psicodinâmicos, constituíam o núcleo da disfunção psicológica na maioria dos doentes com perturbações psicossomáticas. Com este reconhecimento, renovou-se o interesse na investigação clínica psicológica destes doentes, evidenciando-se não só o funcionamento psicofisiológico dos mesmos, mas também o respectivo funcionamento psicológico ou mental (Taylor, 1989).

Para além da visão biológica dos fenómenos ligados ao adoecer, a visão a níveis emocional, psicológico e relacional, mesmo psicossocial, impôs-se.

Analistas europeus emigraram para os E.U.A. e aí desenvolveram observações psicanalíticas cuidadosamente documentadas, de doentes com doenças físicas de causa desconhecida, formulando-se várias teorias elaboradas para explicar como é que os conflitos intrapsíquicos podiam influenciar os processos corporais, principalmente um grupo

de doenças crónicas de etiologia incerta. Eram as doenças clássicas psicossomáticas - úlcera péptica, asma brônquica, hipertensão essencial, tiroidite, colite ulcerosa, artrite reumatóide e neurodermatite (identificando-se, então, psicossomático com psicogénico). As teorias consistiam em:

A - Personalidade Específica

Para Dunbar (1947, citada em Taylor, 1989) a maior parte dos sintomas psicossomáticos deviam-se à descarga da energia instintiva nos sistemas vegetativos do corpo, pelo que desenvolveu uma teoria específica da doença psicossomática, estabelecendo correlação entre doenças específicas e certos tipos de personalidade.

Hoje reconhece-se a forte correlação entre a doença coronária e o comportamento tipo A (indivíduos tensos, sempre alerta, linguagem rápida e enfática, etc.). Bahnson (1981, citado em Taylor, 1989), descreveu um perfil de personalidade de indivíduos com cancro, caracterizado por mecanismos como denegação, repressão, fracas alternativas emocionais e falta de comunicação do self, quer por controlo interno forte, quer por submissão às normas sociais. O modelo conceptual de Bahnson atribui também um importante papel à perda do objecto (cap. 2.3.4) e à depressão, neste tipo de adoecer pessoal.

B - Factores de Conflito Inconsciente

À volta da dependência, Alexander (1987), na década de 40, associa mudanças fisiológicas acompanhadas de emoções crónicas, reprimidas, que produzem ansiedade e culpa, com posterior regressão à postura dependente. Com as alternativas directas de dependência bloqueadas, a energia é expressa através do sistema nervoso parassimpático, com a produção eventual de doenças como a úlcera péptica, colite ulcerosa e asma brônquica, ou activando o sistema nervoso simpático, vulnerabilizando para a artrite reumatóide, hipertensão, hipertiroidismo e neurodermatite. Alexander propôs um modelo multifactorial da doença, ao considerar que conflitos psicológicos peculiares constituíam um elemento que era reactivado fisiologicamente por situações de vida específicas que podiam precipitar a doença.

C - Funções Fisiológicas e de Regressão do Eu

Anna Freud (1966), na exploração dos mecanismos de defesa do Eu, admitira o estabelecimento de relações afectivas como uma motivação inerente ao desenvolvimento humano, apoiado em relações filiais e instintos sexuais. Na proposta de uma função integrativa do Eu, este deveria ser estudado, quer na sua relação com o mundo exterior, quer na

relação com o mundo interior das pulsões. Anotou ainda a similaridade dos mecanismos de defesa empregues pelo Eu a respeito das estimulações externas e internas (Lagache, 1955).

Na linha das teorias da resposta específica do indivíduo, adaptativa e determinada pela hereditariedade, de Wolff (1950, citado em Taylor, 1989), que entende o adoecer como uma consequência da falência na adaptação aos acontecimentos stressantes (cap. 1.3.2), alguns psicanalistas postularam que, juntamente com as emoções reprimidas, existe regressão fisiológica a modos precoces de funcionamento. Sugeriram que as funções fisiológicas de doentes psicossomáticos se assemelham a respostas fisiológicas da primeira e segunda infâncias e especularam que perturbações na relação mãe - bebé, reforçam certos modelos fisiológicos, determinados constitucionalmente, que se reactivam nos doentes psicossomáticos: um órgão é exposto a flutuações fisiológicas maiores do que as que pode tolerar, os tecidos alteram-se e surge a doença física, por regressão psicofisiológica.

Simultaneamente, por influência da teoria dos mecanismos do Eu, mudanças na psicanálise sugerem que se estenda o clássico modelo pulsão - conflito - defesa, do comportamento humano, mas evidenciando as funções do Eu com as respectivas

capacidades adaptativas. Schur (1955, citado em Taylor, 1989) utilizou o conceito de trabalho do Eu com energia instintiva neutralizada para propor uma teoria do desenvolvimento do afecto na qual as respostas fisiológicas destes doentes são progressivamente dessomatizadas e trabalhadas através do processo secundário.

D - Conversão Pré-genital e Simbolização

Os primeiros investigadores em psicossomática dividiram o seu modo de pensar acerca do papel da conversão e da simbolização na formação dos sintomas psicossomáticos. Breuer e Freud (1895, citados em Taylor, 1989) demonstraram que os conflitos inconscientes podiam ser simbolicamente expressos em sintomas sensorio-motores, através do mecanismo da conversão. Mais tarde quinze anos, Freud sugeriu que poderiam ser outros mecanismos, para além da conversão, por meio dos quais as atitudes inconscientes podiam alterar funções fisiológicas, sem simbolização de qualquer significado psíquico definido, mas não especulou quanto à sua natureza. Em consequência, Dunbar, Alexander e os teóricos da regressão psicofisiológica, concordaram com Freud em distinguir entre histeria de conversão (com simbolização) e neuroses vegetativas (sem simbolização).

Freud pensara que a conversão não ocorria antes do complexo de Édipo, mas Abraham, Fenichel e Ferenczi propuseram (Taylor, 1989), ao contrário de Freud, que também os conflitos pregenitais não resolvidos, podiam influenciar vários órgãos do corpo, induzindo ao conceito de neurose de órgão.

Sperling, Garma e Deutsch eram de opinião que conversão e simbolização seriam os mecanismos determinantes da escolha da doença psicossomática. Todavia, vários argumentos surgiram a refutar a teoria da conversão pregenital da doença psicossomática, mas o referido autor acrescenta que estas teorias não foram previamente aplicadas a doentes somáticos.

Estes investigadores, evidenciando a simbolização, comenta, prestaram todavia fraca atenção às experiências interactivas e aos mecanismos neuronais que na vida precoce se responsabilizam pela transformação de sensações e de outras experiências fisiológicas em representações psicológicas que orientam para a capacidade de simbolização e eventualmente, para o uso da linguagem para exprimir emoções.

Porém, como a eficácia do tratamento psicanalítico nestes doentes não se verificava, a psicanálise, de algum modo, conclui, desencantou o campo da medicina psicossomática.

Neste contexto histórico e de investigação, várias especialidades como a fisiologia, neurobiologia e bioquímica se interessaram então pelas ditas doenças. Outros ainda, começaram a investigar o contexto de vida nos quais os processos da doença começavam. Identificaram-se mecanismos psicobiológicos - como a descoberta de acontecimentos stressantes que podiam alterar a susceptibilidade à doença, já referidos no capítulo anterior, que induziram, de novo, a uma visão mais compreensiva do processo psicossomático e abriram caminho para uma abordagem psicossomática a todos os pacientes medicamente doentes.

Na década de 70 aprofundou-se a investigação psicofisiológica e na de 80 a medicina psicossomática adoptou o modelo biopsicossocial da doença (Engel, 1977, 1980, citado por Taylor, 1989), por considerar que na interface entre factores biológicos, psicológicos e sociais, se poderiam compreender aqueles doentes. É deposta a noção de psicogénese e a causalidade linear é substituída por modelos cíclicos e interactivos que evidenciavam sequências somato - psico - somáticas. A emoção já não é a causa, mas uma variável interveniente e interactuante no adoecer, declinando-se a importância etimológica do conceito psicossomático, embora se mantenha na linguagem científica.

O interesse desviou-se para a compreensão do facto porque é que algumas pessoas são mais susceptíveis à doença do que outras e para a explicação dos mecanismos pelos quais as experiências psicossociais são capazes de alterar a função corporal.

Na opinião de Taylor (1989), a medicina psicossomática falhou em avançar a sua compreensão dos estados psicológicos que desempenham um papel na saúde e na doença, devido à rejeição do método psicanalítico de investigação, após a constatação da não eficácia deste tratamento em tais doentes. Deste modo, tornaram-se irrelevantes os conceitos psicanalíticos contemporâneos para estas pessoas doentes.

Todavia, apesar da rápida expansão e da eficácia da medicina comportamental, opondo-se à psicanálise e competindo com a medicina psicossomática por um lugar no sistema cuidados de saúde, focando-se no comportamento manifesto e baseando-se em modelos de aprendizagem e condicionamento, nos anos 80, recomendam-se também terapias psicanalíticas para pessoas fisicamente doentes.

Os rápidos avanços nas ciências biológicas e nas ciências comportamentais, por um lado e as limitações da tradicional teoria freudiana em explicar adequadamente e modificar os factores psicológicos que desempenham um papel

na predisposição, começo e manutenção da doença física, por outro, permitiu que se tentasse que as doenças psicossomáticas clássicas fossem explicadas para além da analogia com a psicose.

Foi a pouco e pouco que se tornou claro que as pessoas com elevada susceptibilidade para desenvolverem doenças físicas sofriam de deficiências psicológicas, para além de poderem sofrer de conflitos psicodinâmicos específicos, urgindo um modelo diferente de psicopatologia para compreender as complexidades das suas perturbações psíquicas. Por também manifestarem deficiências no Eu e se assemelharem a pessoas com personalidades borderline ou narcísicas (Taylor, 1989), evidenciou-se que muitas vezes a perturbação psicológica pode ser mascarada por áreas de aparente funcionamento intacto. O autor acrescenta que se tornava gradualmente evidente que as doenças físicas são muitas vezes complicadas por sintomatologia neurótica, mas o modelo da neurose mostrava-se limitado para compreender e modificar essa sintomatologia.

Não se levava então em consideração o modelo neurobiológico do cérebro desenvolvido por Freud em 1895, no Projecto para uma Psicologia Científica, onde baseara a sua metapsicologia. Foi necessário aguardar os recentes progressos nas ciências neurobiológicas que induziram não só

revisões de muitos conceitos psicanalíticos, como a substituição gradual do modelo dualista da interacção mente - corpo, usado pelos seguidores de Freud, pelos novos modelos que explicam o modo como o cérebro transduz as experiências psicológicas em eventos fisiológicos (Taylor, 1989).

Ficou aberta a espantosa interface entre a psicanálise e a neurobiologia que irá permitir a compreensão do significado psicobiológico da maior parte dos novos conceitos psicanalíticos trazidos pelos modelos alternativos das Teorias das Relações de Objecto (cap. 2.3.2) e da Psicologia do Self (cap. 2.3.4) que mudam a ênfase da energia, do impulso e das defesas (da metapsicologia freudiana), para as vicissitudes das relações interpessoais.

À interface aberta, acrescentaram-se os estudos de observação de bebés, que vão permitir confirmar que as deficiências nas relações de objecto precoces resultam em desenvolvimentos com perturbações que reduzem a capacidade individual de auto-regulação das funções psicobiológicas essenciais, predispondo, assim, para a doença somática individual.

Prestou-se definitiva atenção à fundamental importância da delicada Unidade Psicossomática mãe - bebé (cap. 3.3) e à necessidade de se desenvolver uma Personalidade Saudável.

Taylor (1989) propôs que os conceitos psicanalíticos actuais fossem integrados nas recentes descobertas da psicologia do desenvolvimento, da biologia do desenvolvimento e da neurobiologia e aplicados a pacientes com uma vasta faixa de doenças físicas. Os objectivos eram não só restaurar a importância da psicanálise na medicina psicossomática, como também, desenvolver um novo modelo conceptual das condições antecedentes e mecanismos psicobiológicos que possam influenciar a susceptibilidade à doença através do ciclo de vida, relevando o papel do cérebro, como parte do corpo que processa a experiência por diversos modos diferentes.

2.2. Fenómeno Mente e Modelos da Mente

Na teoria da evolução, Darwin, em 1859, explica os processos de adaptação e sobrevivência de todos os seres vivos de acordo com a sua arquitectura material e funcional. Embora não seja claro a partir de que momento o processo neuronal da informação gera estados mentais, deu-se a emergência da vida psíquica, que Valdés (2000) define, de modo incompleto, como a representação do mundo externo, para além das respostas reflexas e da capacidade para antecipar acontecimentos e planificar a própria conduta. Implica alguma

forma de consciência e pressupõe a aquisição e processamento da informação que se obtém a partir da experiência.

A característica da bipedestação nos hominídeos, fez com que o útero expulsasse o feto antes de estar encefalizado. A marcha erecta, estreitando o canal do parto, expulsa o feto em estado de imaturidade e ausência de protecção, carecendo dos seus semelhantes, principalmente de uma figura materna protectora e responsiva, que lhe possibilite a sobrevivência e complete o seu desenvolvimento psicobiológico no meio social extra-uterino. Este facto obriga o bebé a um período dilatado de vinculação com todos aqueles que lhe dão cuidados, afecto, protecção, alimento e estímulo.

Os processos de maturação neurobiológica pós-natal como:

- relacionamento precoce
- desenvolvimento neuropsicológico
- identidade sexual
- desenvolvimento intelectual, etc.

têm mostrado ser de extraordinária importância para configurar não só a actividade nervosa central, como a homeostasia orgânica, a vida psíquica ou mental e os repertórios de interacção com o meio ambiente e relacional,

pelo que têm merecido muita atenção por parte da investigação psicobiológica, psicológica e psiquiátrica (Valdés, 2000).

Ao falar do aparelho mental ou psíquico, Freud sugeriu a ideia de um certo arranjo, de uma disposição interna, mas faz mais do que ligar diferentes funções a lugares psíquicos específicos; confere a estes uma ordem dada, que origina uma sucessão temporal determinada. A coexistência dos diferentes sistemas que compõem o aparelho mental não era para se tomar no sentido anatómico que lhe daria uma teoria das localizações cerebrais. Apenas implica que as excitações devem seguir uma ordem que fixa o lugar dos diversos sistemas. Por outro lado, para além de uma disposição interna, Freud atribuiu ao aparelho mental uma ideia de tarefa, mesmo um trabalho - o aparelho mental deveria ser concebido como um aparelho reflexo e o processo reflexo seria o modelo de qualquer funcionamento mental. Em última análise, a função do aparelho mental, que tem o valor de modelo, físico ou biológico, seria manter ao mais baixo nível possível, a energia interna do organismo (Lagache, 1971).

Id, Eu e Supereu são as três instâncias em que o aparelho mental ficou então dividido (Freud, 1923). O id consiste na parte obscura e inacessível da nossa personalidade, da qual se consegue apreender uma pequena parte através dos sonhos e dos sintomas neuróticos. Cheio de

energia vinda das pulsões, sem organização, aberto às influências somáticas, luta pela satisfação das necessidades pulsionais e pela descarga da energia. Não tem noção de tempo, valor ou moral, entrando em conflito com o eu e o supereu, que, do ponto de vista genético, são diferenciações suas. Os seus conteúdos, expressão psíquica das pulsões, são inconscientes; por um lado, hereditários e inatos, por outro, recalcados e adquiridos. O id funciona segundo o processo primário no qual a energia mental se escoia livremente, passando sem entraves de uma representação para outra, através dos mecanismos de condensação e deslocamento. Tende a reinvestir plenamente as representações associadas às experiências de satisfação constitutivas do desejo.

O eu relaciona-se com a porção mais externa do aparelho mental, o sistema pré-consciente - consciente, que está voltado para o mundo exterior. É a instância que capta as percepções e durante o seu funcionamento surge o fenómeno da consciência. É o órgão sensorial de todo o aparelho; recebe não só a excitação vinda do exterior, como a que vem do interior da mente. O eu, relacionando-se com o mundo externo, assumiu a tarefa de o representar perante o id. Para executar esta função, o eu tem de observar o mundo externo, traçar uma imagem fiel dele nos traços de memória das suas percepções e exercendo a sua função de prova da realidade, tem de pôr de

lado o que quer que nessa imagem do mundo externo seja uma adição derivada de fontes internas de excitação. A relação com o tempo é introduzida no eu, também pelo sistema perceptivo. O eu tem uma tendência para a síntese no seu conteúdo, para a combinação e unificação nos seus processos mentais. Desenvolve-se e depois de se aperceber das pulsões, passa a controlá-las, desde que os seus representantes mentais sejam inseridos num contexto coerente. De um modo geral, o eu tem de realizar as intenções do id e executar a sua tarefa, descobrindo quais as melhores circunstâncias para que essas intenções possam ser levadas a cabo. Funciona segundo o processo secundário, ou seja, a energia liga-se, antes de se escoar de modo controlado. As representações são investidas de modo mais estável, a satisfação é adiada, permitindo assim experiências mentais que põem à prova as diferentes vias possíveis de satisfação.

O supereu, severo, tem um papel de juiz a respeito do eu e estabelece-lhe os padrões definidos de conduta, sem tomar em consideração as suas dificuldades provenientes, tanto do id, quanto do mundo externo. Se aqueles não forem respeitados, o eu é castigado com intensos sentimentos de inferioridade e culpa. Assim, o eu, empurrado pelo id, cerceado pelo supereu, repellido pela realidade, luta para realizar a sua tarefa económica de criar harmonia entre as

forças e influências que actuam dentro e sobre si. Freud via na consciência moral, na auto-observação e na formação de ideais, as funções do supereu. Classicamente, o supereu é definido como o herdeiro do complexo de Édipo, constituindo-se por interiorização das exigências e dos interditos parentais (Lagache, 1971; Freud, 2001).

Na tentativa para promover a integração das recentes descobertas neurobiológicas com os conceitos psicanalíticos, Galin, (1974, citado por Taylor, 1989) comparou certos aspectos do funcionamento do hemisfério direito com a forma de pensamento que Freud chamou de processo primário (inconsciente, energia livre, satisfação do desejo, princípio do prazer). Por outro lado, a mentação do hemisfério esquerdo, corresponderia ao processo secundário de pensamento (préconsciente - consciente, energia ligada, satisfação adiada, princípio da realidade) (Lagache, 1971). Dado que o hemisfério direito, por si só, não pode expressar-se verbalmente, excepto depois dos seus processos mentais serem transmitidos ao hemisfério esquerdo, via corpo caloso, Eccles e Galin (1976, 1977, citados por Taylor, 1989), propuseram que o hemisfério direito seria o local anatómico para o conceito psicanalítico do pensamento inconsciente, o que corresponde à referência de Freud, em 1923, que pensar por

imagens tem mais intimamente a ver com o processo inconsciente do que o pensar por palavras.

Integrando dados da neurobiologia com modelos da mente, o autor prossegue referindo que alguns casos de repressão podem corresponder a uma inibição de transmissão neuronal, apresentadas por algumas descobertas (Schwartz, 1983; Davidson, 1983), que indicaram que pessoas com estilos repressivos de coping, têm deficiências na transferência da informação afectiva do hemisfério direito para o esquerdo. Embora seja prematuro concluir que o cérebro é nitidamente compartimentado como algumas destas correlações sugerem, a diferenciação lateral da especialização hemisférica pode ser usada como paradigma para o funcionamento mental.

As três instâncias da organização mental - Id, Eu e Supereu, derivam do mesmo paradigma que o conceito de MacLean de verticalização filogenética, como representada no seu modelo do cérebro triuno e as três camadas da organização do aparelho psíquico freudiano, assemelhavam-se assim:

- Id, aos instintos para imediata descarga
- Eu, à função executiva do amansar, regular e transformar o Id debaixo do
- Supereu, a moral mentora.

O neocórtex seria o local do processo secundário, que deveria controlar e supervisionar o processo primário, localizado no sistema límbico e noutros centros subcorticais.

A investigação psicobiológica e neuropsicológica contemporânea tem informado que a actividade mental resulta do processamento cortical da informação interoceptiva e exteroceptiva com relação à memória neuronal que o organismo tem da sua experiência e se concretiza em:

- estados de consciência (introspecção, identidade)
- respostas emocionais (prazer, desprazer)
- representações simbólicas da realidade (imaginação, cognições, pensamento) (Valdés, 2000).

Nem toda a actividade mental é consciente; parte dela está muito determinada pela matéria biológica que lhe serve de substracto e mesmo não se concretizando em cognições, emoções e estados mentais, regula o funcionamento do organismo.

O autor afirma não poder haver muitas dúvidas que a fisiologia do homem depende da sua actividade mental, do mesmo modo que cada espécie estabelece a sua homeostasia orgânica conforme a evolução do seu sistema nervoso. Para ele, e de modo restricto, ansiedade, depressão e

psicopatologia em geral, têm valor adaptativo, embora se considerem doenças no sentido clínico. As alterações de saúde que parecem vinculadas a estados psíquicos concretos e a condutas peculiares, possuem e carecem de uma explicação científica.

Refere ainda que, embora a mente humana tenha sido definida como o modo de processar a informação que tem lugar no cérebro (Barkon et al, 1992, citado em Valdés, 2000), a sua natureza continua a ser objecto de muitas discussões filosóficas no sentido de discernir quais são os determinantes da Identidade Pessoal.

Embora cada processamento da informação modifique o funcionamento e a estrutura do substracto neuronal e a mente opere com conhecimento semântico e não só sintáctico, não estão claros os processos que determinam o aparecimento da consciência, no sentido de capacidade de auto-reflexão.

Aquilo que se pôde constatar, é que o cérebro opera com redes neuronais identificáveis às modernas técnicas de imagens cerebrais, que servirão de substracto a estados mentais e comportamentos. Estes grupos neuronais, determinados geneticamente, desenvolver-se-iam por um mecanismo comparável ao da selecção natural e permitiriam estabelecer mapas funcionais que serviriam de substracto aos

mapas mentais. Estes seriam estruturas cognitivas, às quais se refere a nova informação que ingressa no sistema nervoso central pelos órgãos dos sentidos. De acordo com isso, a aquisição do pensamento e da linguagem estaria predeterminada pelas propriedades do sistema nervoso e o processamento da informação far-se-ia sobre a base de princípios cognitivos inatos, como o de continuidade, solidez (tempo-espço), falta de acção à distância, gravidade e inércia (Valdés, 2000).

Para este autor, o modelo de Piaget é susceptível de traduzir esses períodos do desenvolvimento do pensamento:

- período sensorio-motor, do nascimento aos dois anos, dá-se a integração dos esquemas sensorio-motores congénitos que permitirão a manipulação mental da realidade

- pensamento pré-operatório, dos dois aos sete anos, (com um período inicial até aos quatro anos caracterizado por uma postura egocêntrica), incapacidade de abstrair, de seguir transformações e de raciocinar reversivelmente

- período das operações concretas, dos sete aos 11 anos, caracterizado por um pensamento reversível, entendimento da transformação, do agrupamento e do que é constante

- período das operações abstractas, dos 11 aos 15 anos, caracterizado por um pensamento abstracto, emprego de símbolos, descentramento e objectividade.

Numa outra perspectiva, estudos da lateralidade cerebral, bem como conceptualizações revistas do Id e do papel do processo primário, têm importantes implicações para a teoria psicanalítica de pessoas com doenças físicas. A dualidade da consciencialidade e o duplo processo da experiência diária, tornados possível pelo independente mas complementar funcionamento dos dois hemisférios cerebrais, parecem desempenhar um papel vital na manutenção física, bem como na saúde mental. Segundo Taylor (1989), isto é especialmente evidente nos indivíduos alexitímicos, que raramente sonham ou fantasiam e têm dificuldade em identificar e verbalizar os seus estados emocionais.

2.3. Relações Afectivas e Susceptibilidade ao Adoecer

As emoções e os afectos, no decurso da vida individual, são entendidos como dependentes da formação, manutenção, suspensão ou reformulação das relações afectivas. Em consequência, a psicologia e a psicopatologia das emoções, podem ser entendidas, basicamente, como a psicologia e a psicopatologia das relações afectivas (Eiseman, 1999, citado por Canavarro, 1999).

Em 1905 Freud referiu que a vida sexual infantil, por mais preponderante que fosse o domínio das zonas erógenas, apresentava também componentes nas quais outras pessoas figuram desde o início como objectos sexuais: a mãe, os familiares e o ambiente humano.

Ousa-se dizer a este respeito, que os referidos objectos, a mãe, os familiares e o ambiente humano, são também, os da vinculação (Widlocher, 2000). Serão os objectos também da vida e os desta, serão as relações afectivas com que nos envolvemos e que nos envolvem nos momentos de emoção, de vida. Recorda-se Mota-Cardoso (2001) quando evidencia o confronto com o absurdo radical da esfericidade.

O desenvolvimento de um bebé humano processa-se numa complexa interrelação entre um sistema psicobiológico do filho real, com as fantasias maternas, paternas e outras, passadas (do bebé ideal), recentes e até projectadas, que irão interactuar com os traços reflectidos pelos múltiplos acontecimentos ambientais, psicológicos, familiares, socio-relacionais e existenciais, que condicionam directa e indirectamente o seu bem-estar.

Os bebés e as crianças exprimem os seus sentimentos e conflitos através do corpo e de uma linguagem corporal, de modo mais directo e completo do que os adultos. Assim, na

infância, as perturbações psicossomáticas podem ser estudadas à nascença, ou nos seus estádios iniciais. Sem contestação, refere Golse (1999), o corpo representa o vector relacional prevalecente entre a criança pequena e o seu meio, cedendo, pouco a pouco, o lugar ao espaço da palavra e da linguagem.

Neste sentido, tornou-se um objectivo importante investigar o modo como se processou o desenvolvimento psicológico relacional e o comportamento emocional de mães de crianças alérgicas alimentares, através do estudo do tipo de laços afectivos que elas próprias estabeleceram desde o nascimento, na infância, na adolescência e na actualidade. O objectivo consistiu em poder evidenciar padrões educativos familiares, de vinculação e de relacionamento emocional comuns, não só através da análise do tipo de dinâmica das interrelações de cada sistema família (Minuchin, 1978), como também através da investigação do funcionamento mental individual materno poderem ser variáveis interactuante na respectiva vulnerabilidade.

Freud, em 1923, reflectindo sobre uma relação real entre a génese do eu e a imagem do organismo, refere que o eu é, antes de mais, um eu corporal; não é apenas um ser de superfície, mas é, também, a projecção de uma superfície. Em última análise, deriva de sensações corporais, principalmente as que nascem da superfície do corpo. Pode, assim, o eu ser

considerado como uma projecção mental da superfície do corpo, ao lado do facto de representar a superfície do aparelho mental. Laplanche (1971) refere que esta indicação convida a definir a instância do eu como fundada numa operação psíquica real que consiste numa projecção do organismo no psiquismo. Ou seja, sem o poder provar, subentende-se que a mente humana não só emana da actividade cerebral, como tem substracto nela.

Posteriormente, ao considerar a expressão corporal do bebé como um esboço do seu relacionamento, Wallon (1942), nas suas reflexões, mencionou o diálogo tónico entre a mãe e o bebé, representando este o papel de verdadeiro precursor e uma prefiguração das abordagens interactivas modernas. No que respeita à intenção comunicativa, o acto ou a actividade, não o reveste sempre. Por outro lado, o corpo pode ter, por si mesmo, uma função em direcção ao outro (Golse, 1999). O fluxo de energia e de informação contido neste diálogo, musical, entre os processos neurofisiológicos, por um lado e as relações interpessoais, por outro, vão possibilitar a mente do bebé.

2.3.1. Conceptualização

Na literatura consultada sobre psicologia clássica, é comum, até meio do século XX, evidenciar-se a importância das relações interpessoais na formação psicológica do indivíduo, principalmente as vivenciadas na relação precoce.

Freud escreveu, em 1905, que a vida sexual infantil, por mais preponderante que seja o domínio das zonas erógenas, apresenta também componentes nas quais outras pessoas como a mãe e os familiares, figuram desde o início enquanto objectos sexuais.

Para o autor, o modo de relação do sujeito com o seu mundo, (1917, citado por Laplanche, 1971) era a relação de objecto. Considerou-a como o resultado complexo e total de uma certa organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objectos e de certos tipos privilegiados de defesa. Usou o conceito ocasionalmente, mas não fazia parte do seu aparelho conceptual.

Nos anos 30 o conceito tomou uma importância crescente, deixando de se considerar o indivíduo em estado isolado, mas sim em interacção e interrelação com o meio envolvente.

Como ilustração, Balint, que influenciou as investigações psicossomáticas na Europa, ao interessar-se principalmente sobre a comunicação e a relação estabelecida entre médico e doente, aos níveis consciente e inconsciente, pedia, desde 1935 (Laplanche, 1971), que se desse mais atenção ao desenvolvimento das relações objectais, pois os conceitos psicanalíticos, à excepção de relação e relação objectal, referiam-se apenas ao indivíduo.

Nos últimos cinquenta anos, com várias origens teóricas, salientaram-se, por um lado, os estudos efectuados à luz da Teoria da Vinculação, de Bowlby, postulando as experiências afectivas iniciais, com os pais ou seus substitutos, como a base para as relações afectivas posteriores e a estrutura que vai poder dar origem à representação da relação com os outros. Todavia, salienta Bretherton (1991), o pensamento sobre a transmissão intergeracional das relações de vinculação pais - filhos, desenvolveu-se independentemente das teorias das relações de objecto. Bowlby estava profundamente interessado em descobrir quais os padrões de interacção familiar que estavam envolvidos tanto no desenvolvimento saudável individual, como no patológico.

Por outro lado, com o surgir da época cognitivista, também na segunda metade do século, marcada exemplarmente por Piaget e a Noção do Objecto Permanente "...au départ, en

effet, chez le nouveau-né, il n'y a pas un espace en tant que contenant, puisqu'il n'y a pas d'object. Il y a une série d'espaces hétérogènes les uns aux autres, et tous centrés sur le corps propre ..." (1972, pp. 21), a relevância é dada aos modelos cognitivos do indivíduo, constituindo as relações interpessoais apenas um suporte para o desenvolvimento individual de novos esquemas de acção.

Por outro lado ainda, Bateson (1980, pp. 9), ao considerar a Teoria do Double Bind, "... quoi que fasse un individu pris dans cette situation, il ne peut être gagnant ...", mostra como a teia complexa de relações que envolvem determinada pessoa, não lhe permitem, muitas vezes, usar toda a sua iniciativa, vontade e determinação, no confronto e tentativa de superação de um determinado obstáculo e num momento específico. De acordo com esta ideia dos problemas ou conflitos não resolvidos, que se transmitem transgeracionalmente de modo inconsciente e condicionam a evolução de cada um de nós, também algumas investigações como as de Torok, Abraham ou Schutzenberger (1998), iluminam a evolução conceptual referente às influências do meio relacional dos antepassados, sobre o desenvolvimento individual.

Na revisão de literatura contemporânea portuguesa, Canavarro (1999) clarifica e distingue conceitos usados no domínio relacional:

- *relação*, aplica-se na dimensão cognitiva de representação

- *interacção*, a origem das relações interpessoais, aplica-se na dimensão comportamental.

Na revisão consultada especificamente sobre relações interpessoais, encontraram-se várias designações e retiveram-se algumas, dada a sua delimitação conceptual e utilização na investigação científica:

- *Relações Afectivas*, conceito definido operacionalmente por Takahashi (1990, citado por Canavarro, 1999), como representações de contactos interpessoais que satisfazem a necessidade de formação de laços emocionais.

- *Ligações Afectivas* (Ainsworth, 1981) podem ser diádicas, triádicas, etc., têm uma duração prolongada e revelam várias componentes relevantes para a formação de ligações emocionais.

- *Relações de Vinculação*, conceito que tem sido amplamente trabalhado e surgiu das investigações de John Bowlby e de Mary Ainsworth. Interessada pelo conceito de

Segurança, desenvolveu um processo experimental para avaliar o tipo de relação de vinculação estabelecido entre a criança e a pessoa que dela cuida, denominado Situação Estranha. Vinculação do bebé à mãe, do analisando ao analista, de cada membro da família ao terapeuta familiar (John Bying-Hall, citado por Parkes et al., 1999). São laços afectivos e consideram-se um tipo específico de Ligações Afectivas. O que caracteriza a vinculação, difícil de operacionalizar, é o comportamento que promove a proximidade ou contacto com uma ou mais figuras específicas a que o indivíduo está vinculado. Como características tem:

- . procura de proximidade
- . efeito de base de segurança
- . protesto na altura da separação
- . activada por situações ameaçadoras
- . especificidade da figura de vinculação
- . impossibilidade de controlo consciente
- . persistência
- . independência de outras características da relação

(Canavarro, 1999)

- . stresse depois de inexplicáveis separações

- . prazer ou alegria depois da reunião
- . dor e perda na separação.

Contudo, existe um critério de vinculação que não está necessariamente presente noutros laços afectivos, tal como Hinde (1982) e Weiss (1982, citados em Parkes et al., 1999) acordaram. É a procura de obtenção de uma experiência de segurança e conforto no relacionamento com o parceiro. Se e quando tal segurança e conforto estão disponíveis, o indivíduo é capaz de se mover para fora da base segura dada pelo parceiro, com confiança para travar outros contactos.

- *Laços Afectivos*, característicos do indivíduo e não da díade, segundo Ainsworth (1991), embora se desenvolvam no contexto daquela. De longa duração, fazem parte da representação da organização interna da pessoa individual. O parceiro é importante como indivíduo único, existindo desejo de manter a proximidade com ele.

- *Relacionamentos*, diádicos, podem ser momentâneos ou de longa duração. É como ter um número de componentes em que alguns deles são irrelevantes, o que não acontece na vinculação, ou mesmo nos laços afectivos. Desenvolvem-se no contexto da díade, mas desempenham um papel na organização da representação interna individual.

- *Laços*, é o termo tacitamente aceite para quem cuida. Não é vinculação, porque o cuidador não baseia a sua segurança no relacionamento com o bebé, embora lhe dê carinho e alimento. Em relação ao laço que se estabelece entre mãe e filho humanos, tem que se contar com os modelos representacionais.

- *Elos*, nascem na adolescência e no adulto e desenvolvem-se para além da vinculação na infância.

A teoria da vinculação de Bowlby (1969, 1982), dirigida inicialmente para a compreensão da vinculação da criança à mãe, pode, segundo Ainsworth (1991), ser usada na compreensão de vinculações e de outros laços afectivos.

O conceito chave na sua investigação é a *sensibilidade materna*, que consiste na habilidade e desejo da mãe para olhar, perceber e interpretar as comunicações do filho reflectidas pelo seu comportamento, pela expressão emocional e pelas vocalizações e responder pronta e adequadamente às necessidades desenvolvimentais e emocionais da criança (Ainsworth, 1991). Do mesmo modo, Kohut (1988) refere a *empatia materna* ou Stern (1992) a *sintonia afectiva materna*.

2.3.2. Modelos das Relações Objectais

Spitz (1980) notou que, exceptuando precisamente (e preciosamente) uma passagem dos Três ensaios sobre a Sexualidade, Freud trata do objecto libidinal do único ponto de vista do indivíduo, enquanto investimento e escolha do objecto, embora se refira às relações mútuas mãe - filho.

Fiel a Freud e ao seu conceito de barreira de estímulos, Spitz manteve a opinião que, durante as primeiras semanas de vida, o mundo exterior é praticamente inexistente para o bebé. A sequência epigenética proposta, de organizadores psíquicos, que definiu como índices comportamentais da formação da estrutura psíquica - sorriso social ao terceiro mês, ansiedade do estranho ao oitavo mês e o não gestual depois dos 16 meses - é precedida pelo reflexo condicionado - primeira ponte entre processos corporais e actividade mental, que emerge entre as três e oito semanas de vida e representa um princípio regulador que Taylor (1989) refere ser de maior ordem do que o princípio de Nirvana, da manutenção da homeostasia. Ambos descreveram a necessidade infantil de descarregar tensões internas acumuladas, mas Spitz acreditava que a regulação insuficiente que levava ao Nirvana, era inadequada nos primeiros dias. Embora o conceito

dos organizadores psíquicos já atraísse a atenção para a natureza reguladora das interacções entre mãe e filho, Spitz concordava com a visão de Mahler (1986) que a criança nas primeiras semanas é anobjectal, de acordo com o modelo da descarga da pulsão na vida mental precoce.

Na teoria freudiana da pulsão, analisando o conceito de pulsão, o autor distinguiu a fonte somática, o objecto e o objectivo pulsionais, referindo-se à evolução libidinal como o desenvolvimento da satisfação sexual individual. Afirmou (Laplanche, 1971) que o objecto era o que havia de mais variável na pulsão e que, encontrar o objecto, era, no fundo, reencontrá-lo.

Por outro lado, Freud atribuiu excitação dentro do sistema nervoso central, evidenciando que, se perante as necessidades corporais maior como fome, respiração e sexualidade, a tensão aumentava, seria desagradável conscientemente e se a tensão fosse aliviada, seria agradável recuperar a estabilidade (Taylor, 1989). Os psicanalistas tinham, então, adoptado o modelo da mente de Freud, da pulsão - conflito - defesa.

Esta hipótese biológica básica de Freud para explicar os processos patológicos corporais, considerando o cérebro uma parte importante do corpo que pode processar a experiência

por diversos modos diferentes, parece ter sido posteriormente negligenciada, durante algumas décadas, mas permitiu desenvolver outras hipóteses de explicação do adoecer, através, por exemplo, da compreensão do modo como os conflitos psicológicos e os afectos que os acompanhavam, traziam mudanças patofisiológicas no corpo.

Depois de Freud e Hartman desenvolverem a concepção clássica da maturação das pulsões, em relação aos objectos externos, esta foi alargada por Abraham (progressão da libido por estadios psicosexuais) e criticada, enriquecida e modificada por Klein, ao dar uma importância fundamental ao objecto parcial, aos conflitos, nomeadamente o de culpabilidade, dos primeiríssimos anos e ao universo fantasmático da criança (Laplanche, 1955). Interessou-se particularmente e introduziu novas concepções, nomeadamente da angústia, atribuindo-a à presença ameaçadora do instinto de morte no eu e àquele, a origem do supereu. Tratava-se da perspectiva do objecto interno associado à progressão das zonas auto-eróticas, influenciada pelo mecanismo da introjecção, por oposição ao de projecção e em contraste com a importância primordial dada ao objecto externo ou relacional da escola húngara. Esta perspectiva culmina, por exemplo e por linhagem directa, nas contribuições de

Fairbairn, Winnicott, Bowlby e Kohut (Weininguer, 1996), a analisar seguidamente à contribuição de Klein.

Klein e os independentes da escola britânica mudaram a direcção das pulsões: em vez de serem primariamente auto-eróticas, eram buscadoras de objectos desde o início. A autora, ao contrário de outros como Fairbairn ou Kohut, introduziu conceitos de relações de objecto, mas sem abandonar a teoria clássica do impulso. Os objectos de Klein são estritamente versões internas dos objectos do mundo do bebé, como que espelhando os objectos externos que foram transformados, por clivagem ou identificação projectiva. Assim, evidenciou o vínculo e o apego entre bebé e mãe. Pelo facto de Klein ter ficado ligada à teoria clássica da pulsão, como os psicólogos do Eu, via os objectos com um mero significado, o de satisfazerem as necessidades pulsionais e atribuir a predominância dos maus objectos internos aos impulsos inatos agressivos (Taylor, 1989).

Nas concepções pós-freudianas, o uso da relação de objecto, veio modificar o equilíbrio da teoria da pulsão e os analistas orientaram-se mais para uma concepção de um objecto típico para cada modo de relação (oral, anal, etc.).

Esta perspectiva das relações de objecto, isto é, dos diversos modos de relação de um indivíduo com os objectos,

sejam coisas ou pessoas, faz assim, os objectos internos, ao lado dos externos, desempenharem um grande papel, conduzindo a uma mudança de perspectiva nos domínios da clínica e da técnica psicanalíticas. Em determinada modalidade de relação de objecto de um indivíduo, não é só a vida pulsional que é encarada, mas também os mecanismos de defesa correspondentes e o grau de desenvolvimento da estrutura do Eu. O conceito apresenta-se como uma noção englobante e tipificante da evolução da personalidade. Todavia, a relação de objecto deve ser estudada essencialmente ao nível fantasmático, dado que os fantasmas podem vir modificar a apreensão do real e as acções que com ele se relacionam (Laplanche, 1971).

Winnicott (1994), profundamente influenciado pelas suas próprias observações enquanto pediatra, antes de se tornar psicanalista, foi quem primeiro evidenciou a importância da relação mãe - bebé nos primeiros estadios do desenvolvimento mental. Demonstrou como as deficiências neste relacionamento podem resultar em deficiências psíquicas e numa predisposição à psicose ou à patologia somática (winnicott, 1990), referindo que a mãe capacita o seu bebé a ter a ilusão de que objectos da realidade externa podem ser reais para ele, tomando assim consciência da possibilidade de separação da mãe. O conceito winnicottiano de objecto ambiental (Winnicott, 1983) ou de meio ambiente de sustentação, *holding*

environment, tornou-se fundamental, bem como o de objecto transicional, usado para designar um objecto material com um valor de eleição para a criança pequena, nomeadamente ao adormecer. O recurso a estes objectos especiais na presença da suficientemente boa mãe, desenvolve uma dependência emocional daqueles como um fenómeno normal, que permite à criança conforto quando é confrontada com a ansiedade evocada na ausência da mãe. Estes objectos transicionais permitem-lhe ainda efectuar a transição entre a primeira relação oral à mãe e a verdadeira relação de objecto, atribuindo-lhes (projectando) sentimentos e significados que estão originalmente vinculados à unidade mãe-filho, bem como às experiências associadas a esta unidade (Laplanche, 1971). Assim, proporcionou um necessário contrabalanço com o modelo do conflito da mente na preocupação psicanalítica e inaugurou o caminho para a conceptualização das vidas psicológicas de doentes com patologia preneurótica (Taylor, 1989).

Winnicott refere que os objectos representam quer a mãe, quer a criança, e atribui a este facto talvez ser o primeiro acto que o bebé faz. Acredita que o uso dos objectos transicionais é universal e em geral, o início data entre os quatro e os doze meses de idade. Têm sido, então, pensados como redutores da ansiedade e tensão infantil, dado o evocar simbólico da reunião com a mãe ausente. A textura, cheiro e o

manusear rítmico do objecto transicional são essenciais ao seu funcionamento, à sua capacidade de consolar a criança e de regular os seus estados internos. Taylor (1989) acrescenta que estes mecanismos podem ser comparados aos misteriosos processos reguladores que Hofer descobriu na relação mãe - bebé animal. As bebezices, sons, palavras, maneirismos, companheiros imaginários, ritmos cuidadores, são todos considerados fenómenos transicionais. Para o autor, os objectos transicionais são eventualmente abandonados pela criança, através de uma suficientemente boa maternagem, ao passo que a sua função adaptativa continua pela vida através do jogo, sonho, criação artística, religião, criando um estado ilusório semelhante, através do qual cada um pode transcender a sua experiência de separação (Taylor, 1989).

Pioneiro a reconhecer a função reguladora essencial da mãe na criança, contribui, na teoria da psicanálise, para explicar como é que os processos reguladores na relação mãe - bebé podem ser continuados na ausência da mãe e eventualmente transformados na estrutura psíquica, com funções autorreguladoras. Esta descoberta da existência da relação mãe - bebé, desde o início da vida, permitiu aos teóricos das relações de objecto, iluminar o anterior mundo de objectos secreto de Klein (Taylor, 1989).

Na procura de novas teorias e aplicações da psicanálise, a par do trabalho nas descobertas do mestre, também Erickson (1976) e Fairbairn (2000) elaboraram teorias da personalidade. Erickson, acentuando sobretudo as influências sociais na génese e evolução da personalidade, fundamentais para a compreensão da psicologia humana, psicopatologia e psicossomática. Fairbairn, um dos fundadores da escola britânica das relações objectais, desenhou uma teoria evolutiva e estrutural da personalidade, como a de Freud. Todavia, apresentou algumas diferenças fundamentais em relação a ela, como na libido, que é essencialmente, procura de objecto, mais do que procura de prazer. Foi assim que propôs uma teoria alternativa à teoria clássica do desenvolvimento da personalidade, baseada nas relações de objecto, explicando que o alívio da tensão ou o comportamento, implica alguma falência das relações de objecto.

O desenvolvimento da personalidade far-se-ia de um estágio de dependência infantil em relação aos objectos, quase total, até um estágio de dependência adulta, caracterizado por relações recíprocas com os objectos. A dependência infantil, em contraste com a primária sexualidade infantil autoerótica, formula os princípios da inocência

infantil que antecipou o trabalho de Bowlby sobre a vinculação (Grotstein, 1994).

Fairbairn foi o primeiro psicanalista a formular a verdadeira natureza relativa dos objectos, estabelecendo que, primariamente, relacionamentos não patológicos, são realmente interpessoais e não, como os seus equivalentes patológicos, internalizados.

Deste modo, distinguiu relacionamentos interpessoais, inerentemente satisfatórios, que não requerem internalização, dos relacionamentos de objectos. Se o relacionamento for intolerável, resulta numa clivagem e a parte rejeitada dessa pessoa é transformada em objecto interno. Na realidade, o objecto mais insatisfatório (pai, mãe) é o que a criança foi levada a internalizar. São essas atitudes que ela vai tomar, essas mesmo que lhe causam medo e vergonha.

O termo objecto fora usado nos dois sentidos: o de pessoa externa e a versão internalizada dela. Todavia, sempre numa perspectiva relacional.

Acentuou ainda que todos os estádios psicopatológicos vão buscar elementos de base à fase primitiva da construção da personalidade, a esquizóide. Posteriormente, Klein desenvolveu certos aspectos deixados incompletos por Fairbairn, acentuando mais a importância dinâmica da

clivagem, descrevendo a identificação projectiva, e ampliando os aspectos ligados à posição depressiva (Fairbairn, 2000), contribuindo para uma melhor compreensão das neuroses clássicas.

Numa segunda abordagem, Fairbairn propôs uma teoria da personalidade mais estrutural do que a sugerida por Freud. Salientando que a teoria psicanalítica freudiana fazia um divórcio radical entre energia e estrutura e não parecendo adequada a noção energética de Id como ponto de partida para explicar as dificuldades que a personalidade encontrava nos seus conflitos com a realidade e o meio social, propôs uma entidade global, o *self*, o centro da personalidade, dentro da qual se estabelecem estruturas dinâmicas sob influência das relações objectais primitivas. As verdadeiras estruturas da personalidade, referia, têm de se basear nas relações objectais.

Na opinião de Taylor (1989), Fairbairn, atraído pela privação materna como a base dos maus objectos internos e subsequente psicopatologia, não desenvolveu porém, um modelo adequado no qual a estrutura psíquica seria construída na base da identificação com bons objectos.

Também refere o mesmo autor (1997) que, após a morte de Freud e durante várias décadas, alguns eminentes

psicanalistas fizeram tentativas para modificar a concepção dos afectos em Freud; contudo, nunca tiveram pleno sucesso em separar os afectos da estrutura da teoria da pulsão.

A emergência da teoria da vinculação (Bowlby, 1969/1973) e da psicologia do *self* (Kohut & Wolf, 1978, citado em Taylor, 1997), cujas revisões se seguem, providenciaram, na opinião deste autor, modos alternativos de conceptualizar os afectos. Todavia, acrescenta que estas ideias não foram integradas no corpo da psicanálise, pelo que esta não possui ainda uma teoria satisfatória dos afectos.

2.3.3. Modelo das Relações Self-objecto e Adoecer

Através da temática tão importante da realidade externa versus realidade interna e na sequência da influência dos trabalhos sobre observação de bebés e dos estudos sobre abusos de crianças efectuados por Fairbairn, Winnicott e Bowlby, evidencia-se a perspectiva de Kohut (1988), devido aos conceitos de *harmonização* e *empatia* entre o afecto da mãe e do filho, ou do analista e do paciente, salientando a inter-comunicação dos inconscientes de ambos, como básica para um desenvolvimento harmonioso.

O seu primeiro artigo propriamente psicanalítico, trata de música e de porque se tem prazer em escutá-la, porque ela justifica a participação da personalidade total. O autor trata do objecto do self e da psicologia do self, que constitui uma função de fundo e não de primeiro plano, como no caso do objecto da pulsão (Weinberg, 1996). Profundamente conhecedor do pensamento de Freud, sem renegar a teoria clássica, floresceu para além dela (Siegel, 1996).

A psicologia do self ofereceu à psicanálise um novo modelo da relação mãe - bebé, que gradualmente foi integrado com as descobertas de recentes investigações. Acredita que as crianças entram no mundo com uma organização inerente e capacidade para usar e usufruir do seu próprio equipamento autónomico. Não só a iniciativa activa da criança, como as respostas do meio self-objecto, (aqueles que cuidam da criança, os que lhe proporcionam funções psicológicas específicas para o desenvolvimento do seu self) fazem com que as capacidades da criança continuem a crescer e a desenvolver-se, contribuindo para a emergência do self nuclear.

Kohut reteve, na sua teoria do desenvolvimento da personalidade, aspectos da teoria da pulsão e atribuiu a manutenção do equilíbrio homeostático na vida precoce, à relação da criança com os self-objectos, mais do que ao

comportamento primário que é associado com redução de tensão através da descarga de impulsos.

Considerou os self-objects como essenciais à sobrevivência psicológica da criança, tal como o oxigénio para o meio físico e descreveu detalhadamente como é que o narcisismo amadurece desde as formas precoces infantis, para o estabelecimento de estruturas psicológicas maduras, através das respostas psicologicamente empáticas, afinadas e sintónicas dos seus cuidadores, responsáveis pela formação de um self infantil saudável (Siegel, 1996).

Como Winnicott, Kohut conceptualizou as perturbações do self como doenças de deficiência ambiental. Os objectos transicionais de Winnicott podem ser comparados aos self-objects de Kohut, que considera terem não só funções de organização de impulsos, como funções de reduzir tensões. A experiência dos self-objects é internalizada, à semelhança dos objectos internos de Klein e estando as funções auto-reguladoras infantis potencialmente presentes desde o início, Kohut propõe que a maturação e desenvolvimento destas funções auto-reguladoras tomam lugar pela influência dos self-objects do meio, incluindo os objectos transicionais. "A criança nasce num meio humano empático-responsivo, de self-objects, para que sobreviva psicologicamente" (1977, citado por Taylor, 1989). Refere que o oxigénio da vida psicológica

deve ser encontrado num ambiente firme, sustentado e convincente e que a necessidade de uma tal atmosfera existe desde o nascimento até à morte (Siegel, 1996).

O par simbiótico mãe - bebé, não se diferenciando ainda dos self-objects ou meio, é reconhecido, pela psicologia do self, como uma unidade self-self-objecto, na qual mãe e filho funcionam como self-objects reguladores, um para o outro.

Na teoria de Kohut, o comportamento infantil não é inicialmente determinado nem pelo meio, nem pelos modelos biológicos predeterminados. Trata-se de um jogo complexo de predisposições inerentes, ou natureza, e de estímulos evocados, ou alimentos, entre a mãe e o filho, que activamente modificam as interacções entre si. O conceito de self-self-objecto unidade, ou sistema, é uma importante ponte teórica entre a psicanálise contemporânea e o trabalho da psicobiologia do desenvolvimento e consiste numa alternativa para se compreender os efeitos psicológicos do stresse natural e das mudanças de vida. Taylor (1989) acrescenta que se podem antecipar descobertas e conceptualizações em ambos os campos, pois que é como aumentar a compreensão na auto-regulação e nos mecanismos de regulação interactiva através do ciclo de vida.

Model (1978, citado por Taylor, 1989) estipulou que a empatia não pode estar presente sem a comunicação dos afectos, que requerem a presença de um hemisfério direito intacto. Antes da especialização hemisférica ser descoberta, MacLean (1967, citado por Taylor, 1989) tinha especulado que o córtex prefrontal, com as suas conexões ao sistema límbico, proporcionava um substrato neuronal para a empatia.

Contudo, Kohut (1996), que deu à empatia um papel central na relação psicanalítica e na relação precoce, chegou à conclusão que o aparelho para a cognição empática, provavelmente, morava no hemisfério direito. Agora acredita-se que a condição necessária para o desenvolvimento da empatia é a experiência de respostas emocionais ressonantes durante o primeiro ano de vida. Elas são evocadas automaticamente pelos sinais de afecto da mãe, incluindo a prosódia da sua linguagem. As respostas do bebé são inicialmente biológicas e o desenvolvimento gradual de uma vida afectiva é influenciado pela extensão em que a mãe e bebé são capazes de sincronizar os seus níveis de actividade e ciclos de envolvimento e desenvolvimento.

Foram observadas assincronias caóticas em pares mãe - bebé (Brazelton, 1975, citado por Taylor, 1989) que falharam em prosperar e propôs-se (Meares et al.) que isto deve ser devido a limitações neurofisiológicas, quer na mãe, quer na

criança. Os investigadores descobriram que mães com maior capacidade de filtrar estímulos redundantes, eram mais capazes de sincronizar interacções com os seus filhos, que eram, eles próprios, socialmente mais responsivos e atentos aos estímulos.

É quase como se o hemisfério direito contribuísse para o desenvolvimento de interacções recíprocas no sistema de regulação mãe - bebé e quando estas são deficientes, a criança pode falhar em desenvolver a capacidade de estar sintonizada com ela própria. Além disso, o normal processamento da emoção pelo hemisfério direito, é também essencial para as afinações ou sintonias que ocorrem em subsequentes relações afectivas, incluindo a dança de interacções que ocorre intermitentemente entre o analista e os seus pacientes neuróticos, mas que estão virtualmente ausentes nos doentes alexitímicos (Cap. 2.3.5.).

A consideração séria da possibilidade que as deficiências na estrutura psíquica podiam desempenhar um papel mais importante do que os conflitos intrapsíquicos, tornou-se definitivamente relevante com a introdução ao estudo de alexitímicos, quando se começou a constatar que certas capacidades cognitivas, através da regulação das emoções, têm uma influência reguladora também no funcionamento do corpo (Taylor, 1989, 1997). Estes doentes

reflectem dificuldades na autoregulação dos afectos e pensa-se ser, de facto, um dos vários possíveis factores de risco para uma variedade de doenças somáticas e psiquiátricas.

Grotstein (1983, citado por Taylor, 1989) integrou aspectos da psicologia do self com a teoria das relações objectais. Considera que os objectos internos de Klein correspondem aos self-objectos de Kohut, por ambos sugerirem uma visão interna do objecto como um ponto onde o self ainda não conseguiu separação completa. Porém, distingue-os das representações dos objectos, ou seja, como símbolos de objectos externos que partiram. Assim, para o autor, os objectos internos íntimos de Klein, vão-se transformando em representações de objectos, sendo o mais forte e mais intacto, o Eu.

Taylor (1989) refere ainda que, usando o modelo integrado das relações objectais de Grotstein, as deficiências na relação precoce mãe - bebé, resultam:

- da falência do desenvolvimento das funções de autoregulação sob a responsabilidade do self-objecto

- da reidentificação com um mau objecto interno do mundo real que não pode ser acreditado.

Apesar desta estrutura teórica, auto-regulação e saúde do corpo requerem a transformação dos objectos internos em

representações de objectos, um processo que é facilitado pelo objecto transicional e pelo desenvolvimento da capacidade infantil de simbolização (Taylor, 1989), à qual se passará no próximo capítulo.

2.3.4. Perda do Objecto e Adoecer

Relativamente à investigação efectuada sobre a relação entre os acontecimentos de vida stressantes e a doença somática (Cap. 1.3.3), outras contribuições importantes, nomeadamente Engel (1967, citado em Taylor, 1989), se interessaram por estudar, não o conceito de stress alargado, mas o stress específico associado à perda do objecto.

Descobriram uma relação entre perda do objecto e o início da exacerbação da doença em indivíduos que não podiam enfrentar psicologicamente a perda, ou seja, lutar contra ela. Apesar dos problemas metodológicos levantados por este tipo de investigação, Taylor (1989) confere-lhes o estatuto de ponte entre a era clássica da medicina psicossomática e algumas das contribuições psicanalíticas já revistas neste capítulo (embora negligenciassem promover o estudo da vida intrapsíquica do doente).

Engel, ao utilizar a indispensabilidade da figura chave como um eu surrogate na colite ulcerosa, relaciona-se com o conceito de relação self-objecto de Kohut, mas as funções reguladoras psicobiológicas destas figuras chave não foram adequadamente conceptualizadas (Taylor, 1989).

Para além disso, continua a análise do autor, fizeram uma ligação à teoria do conflito específico de Alexander (cap. 1.1.1.2) e não fizeram uma integração das suas observações e formulações com as teorias das relações objectais (cap. 2.3.2). Ou seja, reduziram a vulnerabilidade da pessoa à perda do objecto. Como revisto, os teóricos das relações objectais avançaram no sentido de mostrar que os objectos externos podem funcionar como objectos sensações, objectos transicionais, ou objectos de amor, dependendo do estadio de desenvolvimento, através do ciclo de vida e da sua história desenvolvimental.

2.3.5. Alexitímia e Doença Corporal

Enquanto se enfatizava a importância do papel etiológico dos conflitos emocionais nos doentes psicossomáticos, alguns investigadores propuseram que uma perturbação na expressividade emocional da pessoa, predispõe-na para aquelas doenças clássicas.

Doentes psicossomáticos são muitas vezes incapazes de expressar as suas emoções verbalmente, aparentemente por inabilidade intelectual para as verbalizar. Apresentam-se com sintomas físicos, pelo facto de as emoções angustiantes encontrarem imediata e directa expressão nos órgãos do corpo através de modos patológicos endócrinos e autonómicos (MacLean, 1977, citado por Taylor, 1989), traduzindo uma espécie de linguagem de órgão. Isto é, usando o modelo anatómico do cérebro triuno (Cap. 1.1.2), o autor especulou que, apesar daquelas emoções estarem ligadas ao neocórtex (cérebro palavra), canalizavam directamente no corpo.

Os estudos sobre a especialização hemisférica que o autor refere, incluindo o modo como o cérebro integra a linguagem proposicional e a afectiva, levaram à proposta que a alexitimia é devida a uma disfunção do hemisfério direito, ou a uma deficiência na intercomunicação interhemisférica. As capacidades deficientes do hemisfério direito podem explicar não só a dificuldade que estes doentes têm em reconhecer e descrever as suas emoções, mas também a sua capacidade de empatia inferiorizada.

Da observação clínica destes doentes, emergiu o conceito alexitimia (Sifneos, 1975, citado por Taylor, 1989), referindo-se a um estilo cognitivo e afectivo peculiar. Referenciam-se, como suas características, a incapacidade

para descrever os seus próprios sentimentos, a dificuldade na distinção de afectos comuns, a pobreza da fantasia, a ausência do colorido emocional do discurso, o apego aos factos e aos detalhes na comunicação e uma atitude rígida, formal e reservada. Ouakinin (2000) sintetiza, neles, a dimensão somática da emoção é dificilmente distinguida do sintoma físico.

Actualmente e conforme Taylor et al. (1997), a alexitímia é entendida como um constructo dimensional ou traço de personalidade, com uma distribuição normal na população em geral e que representa uma deficiência cognitiva no processamento e na regulação emocional. A dimensão cognitiva do constructo é importante, refere Ouakinin (2000), sendo definida como um estilo cognitivo orientado para o exterior e ligado a estímulos, de modo operatório. O funcionamento alexitímico sugere que as dificuldades no processamento cognitivo da emoção ocorrem em diversos momentos, na passagem do nível pré-conceptual ao conceptual, na modulação dos estados emocionais e na regulação cognitiva de emoções perturbadoras, o que explica, comenta a autora, as dificuldades no reconhecimento e mentalização de um estado emocional que não é elaborado. A alexitímia primária ou traço, foi implicada como um factor característico e

duradouro do funcionamento psicológico dos indivíduos e que pode predispor à doença.

Relativamente à etiologia da alexitímia, múltiplos factores podem desempenhar um papel no desenvolvimento deste fenómeno complexo; para além dos factores genéticos, neurofisiológicos e intrapsíquicos, também estilos comunicacionais são influenciados por factores socio-culturais, inteligência e modelos familiares de discurso. McDougall (1980, citado em Taylor, 1989) propõe que no indivíduo alexitímico, ideias perturbadoras e afectos dolorosos são forclusados da mente, em vez de serem reprimidos. Devido à enfraquecida capacidade para simbolizar conflitos instintivos e elaborar fantasia, a energia instintiva desvia-se da mente e pode afectar directamente o corpo, devido a perturbações na relação precoce. A doença constitui-se, assim, como uma defesa descomunalmente grande contra a dor psíquica e ansiedade psicóticas associadas com objectos internos arcaicos - o caso Mónica, aparentemente, manifestava características alexitímicas em bebé (Taylor, 1989).

2.3.6. Modelo da Vinculação como Processo Regulador

As teorias psicanalíticas clássicas atribuíam o fenómeno da separação mãe - bebé unicamente à disrupção de um laço emocional ou um dano provocado às energias libidinais e agressivas do bebé. Todavia, as observações efectuadas por Spitz e Wolf (1946, citado em Taylor, 1989) em crianças institucionalizadas, sugeriam já a existência de processos reguladores biológicos na relação mãe - filho, que não estavam ainda a ser considerados nas crianças diagnosticadas com hospitalismo e depressão anaclítica (Cap. 1.3.3) que, após separação materna, desenvolviam depressão, eczema, insónia ou menor resistência às infecções intercorrentes.

Hofer et al. (1975, citados por Taylor, 1989) sugeriram que a lenta maturação dos corpos e cérebros e as respostas enfraquecidas destas crianças, poderiam ser devidas a uma perturbação na termoregulação provocada pelo afastamento materno.

Engel (1956, citado por Taylor, 1989) também demonstrou, no caso Mónica, que as respostas enfraquecidas da bebé que tinha sido separada da mãe e dos experimentadores, retrocederam quando ela se juntou, novamente, ao

experimentador favorito, evidenciando que as relações precoces podem regular o processo biológico, tendo em conta que existem não só laços de vinculação e apego, como interacção com o objecto.

Foi Fairbairn que, ao propor que o desenvolvimento da personalidade se processava através de um estado de dependência infantil em relação aos objectos, em vez da sexualidade autoerótica, formulou os princípios da inocência infantil que anteciparam o trabalho de Bowlby sobre a vinculação (Grotstein, 1994).

Os estudos e descobertas de Spitz e Bowlby sobre a influência da separação e privação maternas precoces na aumentada susceptibilidade ao adoecer infantil humano referida em cap. 1.3.3, foram seguidos e investigados em modelos animais por Hofer, que demonstrou que as respostas psicobiológicas à separação materna não se confinavam aos bebés humanos.

Segundo Bowlby (1969, citado em Mota-Cardoso, 2001) a vinculação é um sistema cerebral inato que se manifesta influenciando e organizando os processos motivacionais, emocionais e mnésicos, na dependência das figuras significativas da relação precoce do bebé.

Como características principais, ela motiva o bebé a procurar a proximidade dos pais e a estabelecer comunicação com eles. Esta relação interpessoal, ajuda o cérebro, ainda imaturo, a usar as funções maduras do cérebro dos pais, para organizar as suas funções. Estes são os misteriosos fenómenos comportamentais e fisiológicos que se processam na interacção dos bebés com os seus cuidadores, que Hofer (1983, citado por Taylor, 1989) e colegas têm investigado, a par de outros estudos em psicobiologia e que permitiram propor a pré-existência da relação mãe - bebé como uma explicação alternativa para as respostas infantis à separação materna. A pessoa que cuida do bebé serve-lhe como um regulador externo do comportamento infantil, da sua autonomia fisiológica e mesmo da neuroquímica da maturação do seu cérebro (Hofer, 1983, citado por Taylor, 1989).

Todavia, a explicação de Bowlby sobre as necessidades de vinculação, consistiram em postular a existência de um comportamento de vinculação, de natureza inata, característico da espécie, que acontece durante todo o ciclo vital e que existe para além do contacto com a mãe e portanto, sem determinação ou relação de objecto. Porém, outras investigações nesta temática, para além das investigações sobre a natureza da vinculação, elucidaram

sobre os padrões de vinculação - segura, ansiosa ou evitante, e foram iniciados por Ainsworth (1991).

Estudos posteriores, ainda mostraram como a compreensão sobre a vinculação pode informar a organização clínica de problemas psicológicos, psiquiátricos e psicossomáticos (Parkes et al., 1999). Vão ser considerados de seguida.

Na revisão sobre a compreensão da importância do ambiente familiar e das suas vivências afectivas no futuro desenvolvimento de perturbações da personalidade individual, ficou-se a dever a Bowlby o desenvolvimento do Modelo da Vinculação, na trilogia Vinculação, Separação e Perda (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980), ao evidenciar que o indivíduo é dotado de um sistema de comportamentos específicos, de vinculação, que o protegem e lhe dão segurança e ao confiar na disponibilidade dessa figura de vinculação, apresentará, com menor probabilidade, ansiedade crónica e medo. Para o autor, esta confiança desenvolver-se-ia na infância e as expectativas criadas e desenvolvidas pela disponibilidade dessa figura persistiriam durante toda a vida e far-se-iam sentir nas futuras relações a estabelecer, modulando-as e dando-lhes uma base de aprendizagem de competências e dependência segura dos pares.

A insegurança desenvolvida na infância pela ausência de uma base de dependência segura desenvolvida nas relações familiares precoces, determinaria ansiedade associada a comportamentos de protesto, seguidos de sentimentos de luto e comportamentos de desespero, seguidos ainda de comportamentos de defesa, associados a denegação e desvinculação (Bretherthon, 1991).

A teoria desenvolvida implicou, por um lado, uma investigação sobre os processos básicos de funcionamento universal da vinculação na natureza humana e por outro, um despiste de diferenças atribuíveis à constituição genética, às influências culturais e à experiência individual, à qual Ainsworth (1991) e outros se dedicaram. Passaram então a estudar-se os relacionamentos interpessoais de longa duração, que podem envolver laços afectivos:

- vinculação dos filhos aos pais
- laços dos pais aos filhos
- laços entre irmãos
- laços entre parceiros sexuais
- laços que podem ocorrer entre amigos.

Estas classes de laços, refere a autora, diferem umas das outras, com respeito ao papel desempenhado pelo sistema

de vinculação e interagem com outros sistemas básicos de comportamento.

Aos laços afectivos - elos de longa duração, característicos do indivíduo e não da díade, no qual o parceiro é importante como indivíduo único, intermutável com nenhum outro, se dirigiu o presente estudo.

Na vinculação, tal como nos outros laços afectivos, existe necessidade de manter proximidade, stresse depois de separações inexplicáveis, dor e perda e prazer ou alegria depois da reunião.

Hinde e Weiss (1982, citados por Ainsworth, 1991), contudo, crêem e concordam com a autora, que existe um critério de vinculação que não está necessariamente presente noutros laços afectivos - é a procura de obter uma experiência de segurança e conforto no relacionamento com o parceiro. Se e quando tal segurança e conforto estão disponíveis, o indivíduo é capaz de se mover para fora da base segura dada pelo parceiro, com confiança para iniciar outras actividades.

De modo análogo ao comportamento de vinculação, Bowlby conceptualizou o Comportamento da Prestação de Cuidados ao bebé. Complementares, ambos integrados em sistemas comportamentais cujo resultado é previsível, também tem bases

biológicas e surge numa fase imediata ao parto, através dos contactos com o recém nascido, mas também da capacidade materna de representação do modelo de relação com o seu bebé. Com base no seu próprio imaginário, este comportamento não prescinde de aprendizagem na sua organização, bem como das experiências pessoais de vinculação com as respectivas figuras parentais.

Bowlby reconheceu especial importância aos estudos que se dedicaram ao *bonding* ou ligação materna, como os de Ainsworth (1991), Main (1991) ou Radke-Yarrow (1991), respectivamente sobre:

- efeitos da vinculação bebé - mãe em mães com perda de figura de vinculação, não resolvida
- estudos transgeracionais dos tipos de vinculação em pais e respectivos filhos
- tipos de vinculação em crianças com mães deprimidas.

Estes estudos permitiram revelar que mães com depressão clínica, muitas vezes têm filhos vinculados com insegurança e para além dos dados estatísticos dessas investigações, as autoras justificam que o fenómeno nos envia para as raízes da vulnerabilidade.

Partindo da sua experiência clínica, mas também da investigação empírica, Bowlby evidenciou vários padrões de funcionamento parental com repercussões negativas no desenvolvimento da vinculação e da personalidade (1988):

- não responsividade persistente e/ou rejeição e depreciação face ao comportamento de vinculação do filho
- imprevisibilidade e negligência nos cuidados parentais
- ameaças persistentes de deixar de gostar da criança, utilizadas como meio de a controlar
- ameaças de abandono do lar como meio de coacção sobre a criança ou sobre o cônjuge
- indução de culpa na criança através da sua responsabilização pela doença ou morte da figura parental
- pressão da figura parental para que a criança actue como figura de vinculação, o que se traduz por uma situação de inversão de papéis, que por sua vez assenta no encorajamento inconsciente de um sentido prematuro de responsabilidade para com os outros, ou na utilização intencional de ameaças, ou ainda na indução de culpa.

Qualquer uma destas atitudes parentais e experiências infantis, podem conduzir a criança a desenvolver uma vinculação insegura, que pode ser caracterizada por uma

ansiedade constante em não perder aquela figura de vinculação, ou caracterizada por reacções de evitamento, devido ao medo de rejeição da figura de vinculação.

A criança vai então construindo modelos sobre o modo como as figuras se comportam nas várias situações e também sobre esses modelos. Constrói expectativas com base nas quais elabora planos para o seu comportamento futuro, organizando-se um factor temporal e evidenciando a sua capacidade de afectar também o comportamento da figura de vinculação como as outras relações. O que mostra que se desenvolve uma regulação comportamental (donde vai decorrer o sentimento de segurança) inicialmente organizado pela díade, que vai permitir a auto-regulação.

Uma vinculação insegura - ansiosa ou evitante, parece resultar de experiências desfavoráveis ou aversivas nas situações em que o sistema de vinculação está activado, mas a figura de vinculação não percepçiona cuidadosamente os sinais da criança, ou/e não lhe responde consistente e adequadamente. A pessoa pode, por exemplo, interpretar a procura de segurança como não sendo importante, ou como sendo uma exigência acrescida, ou ainda, restringir o desejo de exploração. Neste caso, a necessidade de vinculação não está a ser competentemente atendida, nem a necessidade de autonomia eficazmente permitida e promovida.

A criança encontra-se então impossibilitada de alcançar os seus objectivos imediatos de segurança e confronta-se com a recepção repetida de mensagens implícitas de que não é compreendida, ou aquilo que ela comunica não é importante. Ora, se a criança está receosa e perturbada e lhe é negado o conforto corporal e emocional, trata-se de insensibilidade e rejeição das figuras de vinculação. Por outro lado, se a criança está absorvida numa experiência emocional e existe uma interferência das figuras de vinculação, também se trata de falta de sensibilidade para com as competências da criança.

Quando, em 1969, Ainsworth inicia uma observação laboratorial com vista ao estudo da interacção da vinculação e sistemas de comportamento exploratório, sob condições de baixo e alto stresse, a *Situação Estranha*, esta revela relações significativas entre determinados comportamentos do bebé e da mãe e mostra, de modo significativo, que as experiências anteriores com essa mesma figura reflectem uma história relacional particular entre o bebé e a figura de vinculação.

Tornou-se então importante analisar, em que medida, a criança é capaz de obter segurança quando necessita e em que medida a figura de vinculação é capaz de proporcionar segurança quando o bebé precisa. Então, considera-se que nas

diades com uma relação segura, existe uma sincronia entre a necessidade de segurança do bebé e a manifestação de segurança da figura de vinculação, enquanto que, nas diades com relações inseguras, não existe aquela sincronia.

Ainsworth e colaboradores identificaram quatro categorias major de organização comportamental do bebé através da vinculação bebé/mãe:

- Padrão B ou Organização Segura
- Padrão A ou Organização Insegura-Evitante
- Padrão C ou Organização Insegura-Ambivalente
- Padrão D ou Organização Insegura-Desorganizada /desorientada.

Os bebés com padrão de resposta C, Inseguro-ambivalente no primeiro ano de vida de observação em casa, revelavam conflito em relação ao contacto corporal com a mãe. Tal como os bebés com padrão de resposta A, Inseguro-evitante, tendem a responder negativamente ao serem pegados ao colo e ao serem postos no chão. Todavia, não é tanto o contacto com a mãe que é aversivo ou que desaponta - como nos bebés Inseguro-evitantes, mas sim o não confiarem, não terem a certeza na acessibilidade e na responsividade da mãe.

Ainsworth refere que o problema destes bebés Inseguro-ambivalentes parece ser o de querer ter mais respostas ao nível do contacto do que aquele que a mãe está preparada para dar. Ao passo que o problema dos bebés Inseguro-evitantes parece estar no ter e evitar, ao mesmo tempo, o contacto íntimo.

O bebé Inseguro-ambivalente teme que não venha a ter o que quer; o bebé Inseguro-evitante teme o que quer. Assim, nos bebés Inseguro-ambivalentes, a origem da perturbação parece estar mais na discrepância entre o que querem e o que esperam receber. Nos bebés Inseguro-evitantes, parece ser mais notório o conflito básico entre o tipo de conforto que desejam e que estão prontos a procurar e o medo ou evitamento dessa proximidade.

Trata-se de modos diferentes de manifestar a ansiedade, especialmente em situações que activam significativamente o sistema de vinculação, como se trata na Situação Estranha. Considera-se que nos bebés Inseguro-ambivalentes há um ahiper-activação do sistema de vinculação; nos bebés Inseguro-evitantes surge uma desactivação do sistema de vinculação, por medo de rejeição.

A autora e colaboradores sintetizam que existem diferenças nos padrões de comportamento na Situação Estranha

que estão associados a diferentes organizações de comportamentos ao longo do primeiro ano de vida. Nestes dois tipos de organização insegura de vinculação, a criança revela um conflito constante em relação à sua percepção da disponibilidade e do contacto com a figura de vinculação, parecendo ser incapaz de resolver o conflito entre o desejo de estar próxima e o de afastar-se dessa figura em situações críticas para o sistema de vinculação.

Verificou-se que 50% a 60% dos bebés do estudo experimental foram classificados como Seguros, 15% a 25% como Inseguro-evitantes e 10% ou menos consistia no grupo Inseguro-ambivalente.

A descoberta dos misteriosos processos reguladores na relação mãe - bebé, orienta, segundo Hofer (1975, citado em Taylor, 1989), o modo de pensar sobre as respostas infantis à separação, pelo que formulou uma nova explicação para esses efeitos:

- os efeitos imediatos da separação, são melhor explicados pela teoria da vinculação
- as respostas mais lentas, podem ser atribuídas à retirada dos processos reguladores.

Todavia, acrescenta que as perturbações na regulação, podem também explicar algumas das imediatas e angustiantes

respostas à separação. Visto que os processos reguladores na relação mãe - bebé facilitam a vinculação e visto que a própria vinculação pode ser olhada como um processo regulador, propôs uma teoria única na qual o comportamento de vinculação nos bebés se desenvolve coincidentemente com os misteriosos processos biológicos reguladores nas interacções mãe - filho.

Esta conceptualização proporciona um modelo psicobiológico das relações mente - corpo - meio, no qual a perda da mãe evoca não só respostas psicobiológicas, mas também um impacto directo no corpo, devido à retirada das regulações biológicas prévias dadas pela mãe. As modificações no desenvolvimento fisiológico da criança pelas interacções mãe - filho, podem, mais tarde, influenciar uma susceptibilidade à doença.

A teoria da vinculação, que inicialmente foi dirigida para a compreensão da vinculação da criança à mãe (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980), tornou-se importante neste estudo por permitir o seu uso também na análise da compreensão das vinculações e de outros laços afectivos através da infância, na adolescência e na actualidade, com pares. Sendo um modelo que poderosamente liga os aspectos psicológicos aos aspectos sociais do comportamento, tornou-se, neste presente estudo, fundamental.

2.3.7. Transmissão Transgeracional

"O narcisismo do filho apoia-se naquilo que falta à realização dos sonhos de desejo dos pais" (Freud, 1914)

Num psiquismo já constituído de um bebé, como é que, sensações e afectos, se transformam, diacronicamente, em fantasmas ou pensamentos? No dizer de Soulé (citado por Golse, 1990, 2001), como é que o bebé que já é, se esforça, insistindo para existir verdadeiramente?

Se no plano somático e sensorial, o bebé deve passar bastante rapidamente da continuidade do primordial materno, intra-uterino, para a descontinuidade dos ritmos que se sucedem ao nascimento, no plano psíquico, o acesso aos processos de simbolização e à capacidade de poder pensar o objecto na sua ausência, vem atenuar a descontinuidade inicial da relação com o objecto externo. Ou, num vaivém, para colmatar as descontinuidades da relação com a realidade externa, estabelece-se progressivamente uma continuidade interna, o self, garantia do sentimento de existir e emerge o aparelho psíquico, na relação.

Na relação com a mãe, pela função materna de handling, Winnicott mostrou que dela deriva o processo psicossomático

pelo qual o eu se funde com um eu corporal, o processo relacional pelo qual, mãe e bebé se levam (ou não), por uma empatia particular, mutuamente, a ser duas pessoas, indissociáveis na relação, mas distintas. De inconsciente a inconsciente. Magicamente.

Na revisão de literatura no Cap. 1.1, referiu-se que através das contribuições da Neurobiologia, a actividade mental emana da actividade cerebral e que parece desenvolver-se e amadurecer na interface entre os processos neurofisiológicos e as relações interpessoais. Todavia, a estrutura e função do cérebro são moldadas, em períodos críticos da infância, na dependência directa desta experiência interpessoal materna precoce e das relações de vinculação da mesma, que, conforme essa harmonia, ou não, vão modular os estados internos do bebé e dar forma às suas futuras capacidades de auto-regulação (Mota-Cardoso, 2001).

Freud descobriu, da sua própria estrutura de pensamento e do seu próprio sofrimento, ansiedades e questões, o buraco negro que todos carregam consigo, o infalável, o espaço vazio, pobremente traduzido por inconsciente, o buraco negro conectado com os outros, com os membros da família, com as relações íntimas e com a sociedade como um todo. Schutzenberger (1998) refere ainda que o autor descobriu os meios inter e intra-psíquico, a estrutura ou contexto que nos

faz avançar vagarosamente e constrói quem nós somos, tal como cegamente nos encaminha para experiências agradáveis ou trágicas.

No decorrer da sua obra, Freud reteve conjuntamente as raízes individuais e a prevalência do grupo na formação da identidade. Em Totem e Tabu (1913), refere ter tomado uma posição do conjunto, dado existir um pensamento colectivo no qual os processos mentais ocorrem, tal como ocorrem no pensamento individual. Por outro lado, no fim da sua vida, em Moisés e o Monoteísmo (1939), sublinhou que a herança arcaica dos seres humanos não engloba apenas disposições, mas também conteúdos, ou assuntos subjectivos dos traços mnésicos relativos ao vivido de gerações anteriores.

Para além de trabalhos e conceitos novos relativos a este tema enunciados por Yung - *inconsciente colectivo*, *sincronicidade*, Moreno - *co-inconsciente*, *co-inconsciente familiar*, alguns estudos e concepções se criaram também com Abraham, Torok e Dolto, em França. As noções de cripta e de fantasma procuraram precisar as condições metapsicológicas da transmissão intergeracional a partir do material retrospectivo de curas, tendo em conta a dinâmica da filiação sobre as três gerações necessárias para constituir um sujeito. Através de mecanismos inconscientes como o assombroso efeito de um segredo familiar ou o inesperado

retorno de algo exprimido no passado como trauma, podiam-se evidenciar dados anteriormente irrelevantes (Schutzenberger, 1998).

Outros estudos apoiaram-se na observação directa de bebés, segundo a metodologia de Bick e sobre o estudo das interacções precoces, para precisar os mecanismos da transmissão emocional e fantasmática.

Para Lebovici (Golse, 1999), o conceito de *mandato transgeracional* é um dos pivots, quer da sua reflexão, quer da sua prática clínica. Segundo a ideia do autor, a árvore da vida de um indivíduo, ou o seu genograma psíquico, reenvia para quatro tipos diferentes de crianças na mente da sua mãe:

- . a criança imaginada, essencialmente pré-consciente, elaborada durante a gravidez
- . a criança do fantasma, essencialmente inconsciente, que reenvia para as raízes infantis do desejo de criança
- . a criança mítica, portadora da sombra cultural e passada da mãe e do seu sistema imagóico. A criança corresponde, no fundo, à sombra da mãe projectada sobre a criança
- . a criança narcísica, aquela que Freud, em 1914, chamou de His Majesty the baby.

Estes quatro tipos de crianças intervêm na transmissão do mandato transgeracional fundado no entrelaçado do narcisismo parental e da construção do self da criança. O conjunto jogando, naturalmente, sobre a trama do funcionamento triádico e distinguindo, segundo os trabalhos de Lamour (citado por Golse, 1999), a *triade*, a *triadificação* e a *triangulação*, deste modo:

. triade, a triade pai/mãe/bebé representa a unidade primária. As díades constroem-se no interior desta unidade social primária de base

. triadificação, processo que permite ser três em conjunto. Este processo faz referência às interacções comportamentais, intra-familiares e inter-pessoais

. triangulação, trata-se da passagem da triadificação comportamental à triadificação intra-psíquica, que prefigura a triangulação edipiana. Passagem na qual devem ser tomadas em conta a sexualidade, a conflitualização e a dimensão transgeracional dos diferentes níveis interactivos.

Se os adultos, nas suas representações mentais, têm um esquema de ser a três, ou triangulação, criam espontaneamente, nas suas interacções físicas, diferentes espaços, triadificações, que são necessários para que o lactente aceda à construção de um esquema de ser, a três.

Para além disso, se os pais organizam o espaço físico de modo a que a criança tome lugar na tríade. Isso representa uma condição necessária, mas não suficiente, para que a criança tenha, subjectivamente, o sentimento de ser, a três. É o aparecimento da intersubjectividade, por volta do oitavo mês, que vai permitir ao bebé passar da triadificação comportamental, à triadificação intrapsíquica e de certo modo, a edipificação corresponde à introdução do transgeracional no seio da triangulação.

Para Lebovici, esta concepção psicanalítica europeia da transmissão transgeracional difere um pouco das concepções anglo-saxónicas que estão em relação directa com os trabalhos de Bowlby sobre a vinculação, a partir dos quais, o paradigma experimental da situação estranha de Ainsworth e as investigações de Main sobre a transmissão transgeracional dos laços de vinculação, modelos representacionais internos, dão certamente lugar à questão da representação mental, mas privilegiam, sem contestar, um tipo de hereditabilidade genética (Golse, 1999).

Na *sintonização afectiva*, Stern (1982) mostrou o aprofundar da dimensão fundamentalmente transgeracional da constituição do indivíduo, a transmissão psíquica transgeracional, através do conceito da harmonização dos afectos entre a mãe e o bebé (Golse, 1999). Também permitiu

conceber como é que os micro-comportamentos diádicos podem servir de ancoragem à interacção fantasmática, a partir da qual se vão tornar possíveis um certo número de inflexões identificatórias do adulto pela criança. As respostas do bebé podem passar, ou não, pelo mesmo canal de comunicação da mãe; por um lado, a sintonização afectiva pode ser imediata ou diferida, por outro lado e finalmente, as respostas podem ser amplificadas ou atenuadas. Isto permite definir um estilo interactivo, próprio de cada indivíduo que se ocupa de um bebé e lhe permite uma transmissão específica de afectos.

Dentro da perspectiva da sintonização afectiva, a Escola de Génova aprofundou muito a questão das projecções parentais sobre a criança, cuja natureza condiciona, em parte, o processo das terapias breves conjuntas, mãe e filho. Cramer (Golse, 1999), mostrou como o bebé pode incarnar no seu corpo, ou no seu teatro comportamental, toda uma série de conflitos intrapsíquicos da mãe, através do que chamou *sequências interactivas sintomáticas*. Estas traduzem uma correspondência entre um tema materno e um sintoma do bebé, servindo assim de foco para a intervenção terapêutica.

Relativamente à interacção fantasmática na transmissão transgeracional, Nagy (Schutzenberger, 1998)) criou algumas noções como *legitimidade* (construtiva ou destrutiva), *lealdade*, *lealdade invisível*, *conflito de lealdade*, *lealdade*

clivada, subjacentes aos seus modelos de terapia intergeracional dialética, chamada, desde 1979, de terapia contextual. Interessou-se sobretudo pelos conflitos não resolvidos, de aversões, vinganças, juízos, segredos, assuntos não falados, mortes prematuras e escolhas de profissões.

A transmissão transgeracional pode, ainda, passar através da dimensão fantasmática que se liga aos diminutivos usados em família, provavelmente com traduções de influências interactivas. Noutro plano, algumas mães transmitem aos seus filhos mecanismos psíquicos de defesa, antes mesmo que surjam os perigos pulsionais contra os quais estes mecanismos os deveriam proteger (Schutzenberger, 1998).

Golse (1999) também evoca os trabalhos de alguns imunologistas que mostraram, pelo seu lado, que o organismo sabia potencialmente fabricar toda uma série de anticorpos a respeito de antígenos cujo encontro era apenas hipotético, mas, de facto, o autor refere parecer haver aí uma espécie de transmissão transgeracional, que chama em negativo, da teoria fantasmática correspondente. Assim, o corpo encontra-se igualmente implicado como lugar de expressão possível de um processo transgeracional cujos efeitos psíquicos podem ser totalmente importantes.

Por outro lado, o autor refere um canal transgeracional de natureza mais directamente psíquica, que se pode processar de modos diferenciados:

. ao nível da vinculação, o transgeracional pode ser concebido em termos de transmissão de modelos que podem também dar conta de um certo número de repetições diacrónicas ao longo de gerações (Bowlby e Main)

. ao nível dos laços, o transgeracional pode ser integrado num quadro de interacções afectivas e fantasmáticas, através do mecanismo íntimo da sintonização afectiva (Stern)

. ao nível da relação, o transgeracional baseia-se na questão das identificações que se encontram há muito no seio das próprias reflexões metapsicológicas.

Conscientes ou inconscientes, colocam ainda numerosos problemas teóricos difíceis, na medida em que implicam, sempre, não só uma interiorização do objecto ou de certos aspectos do objecto, mas sobretudo, uma integração do sistema relacional do objecto e da sua visão do mundo. Com isto, Golse (1999) confirma como os mecanismos que sustentam concretamente os processos identificatórios, são ainda demasiado enigmáticos.

Ainda na linha psicanalítica, considerando portanto o inconsciente, mas com uma forma de abordagem de transmissão das relações e dos laços afectivos a um nível transgeracional, evidenciou-se, já anteriormente referida Schutzenberger (1998). Esta autora revela, nos seus estudos de psicogenealogia familiar, tal como Nagy, como é que conflitos não resolvidos, aversões, vinganças, juízos, segredos, assuntos não falados, mortes prematuras, escolhas de profissões, deficiências e doenças se transmitem de geração em geração.

O tipo de relações complexas que existem entre o comportamento parental, o desenvolvimento da personalidade e as posteriores manifestações psicopatológicas e psicossomáticas dos filhos durante a sua vida, têm sido temas de trabalhos de investigação, nomeadamente no que respeita às relações afectivas precoces negativas, evidenciando que essas relações podem representar um contributo importante para o desenvolvimento de vulnerabilidades individuais e mesmo familiares, ou problemas de saúde física e mental (Bowlby, 1991, Ainsworth 1991, Main 1991).

A nível da intervenção, a autora usa o genossociograma, uma visão sociométrica do genograma, incluindo os nomes, locais, datas, ocorrências, laços, nascimentos, casamentos, mortes, doenças, acidentes, ocupações, fugas, etc. para

compreender conflitos e dificuldades transgeracionais aparentemente irracionais.

Nagy é o autor que, alargando a abordagem transgeracional, se demarca claramente da escola de terapia familiar de Palo Alto e passa a considerar o significado dos laços relacionais muito mais relevante do que os modelos comunicacionais transgeracionais, levando sempre em linha de conta, justiça, respeito e simpatia para com a família e seus antepassados. Define o indivíduo como uma entidade biológica, psicológica e psicossocial, cujo comportamento é determinado quer pela sua própria psicologia, quer pelas regras do seu sistema familiar amplo. Considera que, para o indivíduo ser compreendido, tem que ser definido pelas suas necessidades, obrigações, factos e atitudes familiares responsáveis no campo da família relacional, por várias gerações.

Depois de uma revisão da literatura existente sobre as investigações que associam as abordagens neurobiológica e psicanalítica da psicossomática, o trabalho prossegue com uma revisão sobre investigações relativas às desordens na regulação da vida precoce, revelando como é que o modo como se processam as sensações resultantes da interrelação ao nível do corpo do bebé, bem como as respectivas percepções, podem conduzir a alterações da semiotização, da motricidade, da reflexão, do bem estar e de uma saúde harmoniosa

individual ou familiar, nomeadamente no adoecer da alergia alimentar.

3. PSICOSSOMÁTICA INFANTIL

"A incapacidade de possuir uma vida fantasmática, de relação com o objecto interno, é uma das características dos doentes psicossomáticos" M'Uzan, (1963)

3.1. Infância, Corpo e Simbolização

O desenvolvimento da criança e das suas perturbações, ou o desenvolvimento em todas as suas dimensões, tem, segundo (Cohen-Solal, Golse, 1999), como inimigo público número um, a clivagem entre o corpo e o psiquismo. Torna-se então, útil, situar o corpo na interface do soma e do pensamento, interface que lhe confere, enquanto tal, o estatuto de objecto privilegiado das reflexões e da clínica psicossomáticas (cap. 1.1).

Uma pista associativa do autor, cuja importância é fundamental para a metapsicologia, refere-se ao narcisismo e ao corpo libidinal. O investimento pulsional do corpo que concorre para a organização do Eu, inicia-se por um processo de auto-sensualidade arcaica, que caminha por um auto-erotismo e por um narcisismo primário, através de meandros,

voltas, pausas, idas e voltas que concorrem, de facto, para a especificidade de cada história pessoal.

Falar do corpo como via de acesso à semiotização, implica todo um problema do dizer, que se situa entre corpo e linguagem. Partindo da dupla ancoragem, corporal (cap. 1) e interactiva (cap. 2), dos processos precoces de simbolização, e se nascemos para o mundo pelo corpo e pelo grupo, falar do corpo e do dizer, consiste, inevitavelmente, em reflectir sobre o papel da imagem motora. No fundo, ela é a testemunha do acto de pensar e a sua observação directa pode pretender aceder à própria dinâmica dos processos psíquicos. Anzieu (citado por Cohen-Solal, Golse, 1999), acrescenta que o corpo é também o lugar e a origem, ou fonte, da nossa reflexividade e portanto, da nossa reflexão. Tocar-se, ver-se, sentir-se, apreciar-se e escutar-se, são premissas indispensáveis, antes de poder pensar-se pensante.

O pensamento organiza-se inicialmente e antes de tudo, através das sensações ao nível do corpo e são estas que vão, progressivamente, poder aceder ao estatuto de percepções - etapa evidentemente crucial da mentalização. Os primeiros elementos de significação, ainda muito parciais e fragmentários, organizando-se por pares de contraste (mole/duro, quente/frio, demarcação das figuras que emergem de um fundo, delimitação do rosto humano e dos seus

contornos, etc.) são submetidos a um trabalho de categorização.

Por outro lado, o modelo da vinculação de Bowlby, apresenta o interesse de evidenciar o extraordinário impulso da criança para com o Outro. O outro, figura materna que, constituindo uma das componentes do sistema pára-excitação da criança, ajuda-a a compensar a sua falta de organização na presença do objecto externo e que, deste modo, participa na instauração das suas necessidades narcísicas e da respectiva regulação. No início, é este objecto materno primário que contém o psiquismo do bebé e o ajuda na relação dos primeiros significantes elementares no seio do meio envolvente.

Depois, a maturação dos processos de simbolização da criança, implica uma dupla dinâmica de descentração e de inclusão do continente primordial. A criança será capaz de evocar simbolicamente a mãe ausente, que será então passada do estatuto de objecto continente ao estatuto de objecto conteúdo, passagem que supõe a interiorização, pela criança, da função continente do objecto primário. Estas experiências precoces agradáveis, a par de um desenvolvimento neuropsicológico adequado, constituem processos de maturação neurobiológica pós-natal que são de extraordinária importância para configurar a actividade nervosa central, a

homeostasia orgânica, a vida psíquica e os repertórios de interacção com o meio ambiente e relacional (Cohen-Solal, Golse, 1999, Mota-Cardoso, 2001). Permitem a noção de permanência do objecto, ou seja, o início da manipulação mental da realidade.

Cohen-Solal e Golse afirmam que a teoria da vinculação não implica renúncia obrigatória às teorias (das pulsões, do apoio e do après-coup) implícitas na metapsicologia freudiana. O pensamento enraíza-se no corpo e na relação, no exacto entrecruzar dos dois, conforme referem.

Os métodos interactivos actuais de observação e experimentação de lactentes (Chbani, Pérez-Sanchez 1998), têm acrescentado fecundos conhecimentos à psicanálise. Ou seja, as representações do objecto ausente no seio da realidade psíquica interna, estudadas pelos psicanalistas, têm sido iluminadas também pelos estudos dos laços afectivos presentes na realidade externa. Do ponto de vista da instauração do psiquismo, tem-se tornado cada vez mais importante considerar como cruciais os efeitos da ausência, da falta e da perda (cap. 2.3). Todavia, acrescentam, são muito difíceis de objectivar experimentalmente.

Comentam ainda que, se Freud e Klein focam mais a problemática da criança do que a da mãe, na questão da

mentalização, Bion e Winnicott focam a criança e a mãe, cada uma na sua realidade exterior fantasmática. Já Spitz e Bowlby evidenciam a problemática infantil na sua relação de separação ou perda da figura materna.

A teoria da criança reconstituída, complementa-se com a teoria e a prática da criança observada. Sob este aspecto, (Cohen-Solal, Golse, 1999), um objecto pode ser apresentado de vários ângulos e tem, com certeza, o estatuto de um objecto digno de interesse científico.

O campo de reflexão e investigação, particularmente difícil, do nascimento das representações mentais, é definido de modos diferentes, por psicanalistas e cognitivistas. Os psicanalistas definem as representações do objecto da realidade externa e interna, que são fruto, quer das identificações projectivas, quer do seu arranjo a favor das projecções identificatórias. Para os cognitivistas, as representações mentais maduras aparecem cerca dos 18 meses e não se tornam relevantes os precursores mais ou menos parciais destas representações.

Para Bowlby, a representação mental define-se no quadro de um processo específico, cujo mecanismo consiste no modelo da vinculação. Este modelo foi censurado mas, como se reviu no anterior capítulo, deve-se ter em conta não só o processo

comportamental da vinculação, mas também as representações mentais que dela faz o bebé e que desempenharão o papel de introjectos mais ou menos estáveis, no decurso do desenvolvimento posterior.

Todavia, comenta Golse (1999), ambas as dimensões, psicanalítica e cognitivista, perceberam a função defensiva dos próprios processos (de pensamento) de simbolização e representação (estes últimos fazem parte dos processos mais gerais de simbolização) face à ausência do objecto. A actividade de simbolização, seria parte do sistema de pára-excitação, função de suporte e protecção do organismo contra as excitações do mundo externo, ou ainda, como uma camada superficial envolvente do organismo e filtrando passivamente aquelas excitações.

Ao desenrolar deste processo de simbolização, essencialmente e no confronto com a perda, pela auto-activação dos seus traços mnésicos, corresponde o nascimento da vida psíquica infantil (Cohen-Solal, Golse, 1999), que vai influenciar e ser influenciada recíproca e mutuamente, ao nível dos seus conteúdos inconscientes, por pais e bebé. Quando os pais organizam o espaço físico de modo a que a criança tome lugar na tríade, representa uma condição necessária, mas não suficiente, para que a criança tenha, subjectivamente, o sentimento de ser, a três. É o

aparecimento da intersubjectividade, entre o sétimo e o nono mês de vida, que permite ao bebé passar da tríade comportamental (triadificação), à tríade intra-psíquica (cap. 2.3.1). É o início da triangulação edipiana que corresponde, de certo modo, à introdução da Transmissão Transgeracional no seio da triangulação (cap. 2.3.7).

3.2. Psicosexualidade e Vinculação

Debate complexo. Eterno? Freud, ao longo da sua obra, teve uma opinião flutuante quanto ao papel do objecto na pulsão (Widlocher, 2000). A pulsão libidinal tinha a sua origem numa excitação endógena e a sua satisfação tinha a ver com a supressão da excitação. Reconheceu a mãe como o primeiro objecto de amor da criança - era o seio materno alimentador. Fiel à teoria do apoio, é o seio que falta à criança e o amor apoia-se na satisfação da necessidade de alimentação.

Os psicanalistas de Londres, do grupo de Klein, explicavam, de modo plausível, que o dualismo amor - ódio se acentuava e marcava os primeiros estadios da sexualidade infantil. A vida mental do recém - nascido era considerada de carácter narcísico, ocupada por pulsões canibalescas que

tinham origem num instinto sádico endógeno e respostas agressivas à frustração. Na mente podiam-se construir bons e maus objectos, que sofriam um jogo complexo de projecções (Widlocher, 2000).

Por outro lado, os psicanalistas de Viena, refere o autor, duvidavam desta reconstrução, criticando a existência do mundo sádico-oral, a importância dos mecanismos de projecção e a concepção de uma vida fantasmática clivada da realidade.

Neste mal-entendido, a Escola de Budapeste, representada por Balint, surge mostrando que, gratificação e frustração, regulam a ausência de manifestações agressivas e persecutórias e que a satisfação narcísica auto-erótica não explica tudo. Segundo Widlocher (2000), a primazia do amor de objecto encontra-se confirmada pelas investigações sobre as reacções primárias de arrebatamento e sobre as relações precoces mãe - filho. Definitivamente, seria, portanto, a teoria do narcisismo primário que conduziria ao impasse o debate entre Londres e Viena. Então, porque não Balint e a Escola de Budapeste proporem a existência de um amor objectal primário? Mas a questão da sexualidade infantil ou da psicosexulidade, fica em suspenso e Balint menciona o facto de a pulsão oral não explicar tudo e ser apenas uma das formas de vinculação.

Que lugar dar ao auto-erotismo? A pulsão pode ser narcísica sem que o indivíduo o seja? Widlocher (2000) acrescenta que as condições de satisfação auto-erótica são diferentes das que obedecem ao princípio da realidade e, numa tentativa de arrumação conceptual, afirma que o que a psicanálise deve explicar é a origem dos fantasmas sexuais infantis e não o desenvolvimento afectivo da criança.

Quando Fairbairn (2000) propõe que a libido não procura o prazer mas o objecto, não se interessando directamente pelo desenvolvimento libidinal, como os psicanalistas independentes, elabora o que mais tarde se chamou de relação de objecto: o objecto torna-se importante. E o debate latente persiste. Em 1996, Holmes, investigador e grande conhecedor da vida e dos trabalhos de Bowlby, atribui um lugar eminente à teoria da vinculação, não só abrindo o novo domínio de investigação sobre a observação directa do lactente, como propondo o modelo interno - a partir do segundo ano, a vida mental e o comportamento da criança são cada vez mais influenciados pelos modelos de representação de si mesmo e da sua mãe, através dos quais percebe o seu universo, interpreta as suas percepções e constrói as suas acções.

O ponto de situação mostra as duas posições:

- Freud, considerando a pulsão sexual como primária e tendo a sua origem na excitação das zonas erógenas

- Balint, Fairbairn e Bowlby, considerando o amor do objecto como primário.

Pelo que Widlocher avança questionando como se poderá articular esta vinculação com a experiência do prazer auto-erótico, apoiada na necessidade de auto-conservação e evidenciando o risco de reduzir a sexualidade infantil a um simples esquema comportamental. Ilumina a situação referindo que as duas perspectivas não se reduzem uma à outra, dado que amor de objecto e auto-erotismo coexistem ao longo da infância. As condições de satisfação não são as mesmas. O amor do objecto é dirigido para uma pessoa real, um outro do meio próximo. Esta interacção interpessoal dá material às representações mentais e a comportamentos interactivos. O objectivo consiste na resposta do outro, a intenção final é ser amado pelo outro.

De modo diferente do amor do objecto, a sexualidade infantil constrói-se a partir de uma exigência interna e obtém a sua satisfação numa actividade auto-erótica psíquica

ou física. O objecto representa apenas aqui o actor chamado a ter um papel no cenário imaginário. É imutável e o mesmo objecto pode desempenhar diferentes papéis no mesmo cenário. O cumprimento do desejo é o objectivo buscado e a fonte do prazer, que, no adulto, será idealmente realizado na relação amorosa com o outro, enquanto pessoa real. E propõe-se, em projecto, reconsiderar o princípio desta fusão entre amor do objecto e sexualidade que caracteriza a sexualidade adulta, clivada na infância. A sexualidade infantil não vem nos programas geneticamente determinados que organizam a vinculação primária, isto é, os padrões relacionais que entram em interacção com o meio social. Vem da pura subjectividade própria à actividade fantasmática (Widlocher, 2000).

Todavia, Squires (2000) também comenta que talvez seja a altura para não se ficar mais numa dinâmica de clivagem entre a colaboração freudiana e a sexualidade infantil, por um lado e a colaboração das teorias da vinculação por outro, tendo embora em conta que a síntese entre insight psicanalítico e investigação empírica e sistematizada, nunca fosse fácil. Aponta o modelo de articulação adoptado pelos psicanalistas anglo-saxões referido neste capítulo, que se torna impossível de ser adoptado nos países francófonos.

Laplanche (1987, citado em Squires, 2000) prefere manter a tensão entre a abordagem psicológica como ciência da natureza e uma outra, psicanalítica, comentando que a criança da verdade material só poderia ser a da conjunção da criança real da psicologia com a da criança verdadeira da psicanálise. Se uns privilegiam o papel dos factos reais, os outros evidenciam sobretudo a influência dos fantasmas inconscientes.

Ora Bowlby (1998) dedicava-se a assuntos difíceis como o luto, ou seja, traumatismos ligados à vivência da separação materna, privilegiando o papel dos factos reais sobre os fantasmáticos e criticou indirectamente Freud por atribuir à sexualidade a primazia no estabelecimento dos laços, em vez de o atribuir à dimensão de segurança proporcionada pela mãe. Assim, foi conduzido a passar em silêncio a complexidade da psicosexualidade, a negar-lhe o seu carácter erótico e a ocultar a fantasmática inconsciente. Embora Freud sublinhasse a natureza anaclítica do primeiro laço com a mãe e que as pulsões sexuais se apoiavam sobre as pulsões de auto-conservação, Bowlby criticou esta ideia da sexualidade repousar, à partida, na necessidade.

Aqui, Laplanche clarifica que a psicanálise não pode pensar o seu objecto sem ter em conta conceitos concretos da psicologia e da psicologia animal, que evidenciaram como a

criança constrói os seus modelos operantes internos a partir dos modelos dos seus pais, do seu modo de comunicar e de se comportar na interacção. Estes modelos operantes internos organizam-se no decurso do desenvolvimento da criança, permitindo uma passagem de uma experiência afectiva a uma estrutura cognitiva e constituem a internalização da experiência.

Squires (2000) propõe que esta internalização talvez possa ser compreendida mais facilmente pelo que Stern (1995, citado em Squires, 2000) evidenciou a experiência com o outro, no sentido em que a criança constitui, quer representações de si, quer do meio, que se relacionam com a situação que está a viver. Em consequência, continua, a imagem que constitui, reflecte também as imagens que os seus pais têm dela; as imagens são comunicadas pelo modo como nos comportamos com ela. Estes modelos, então, organizam os seus sentimentos, as suas expectativas, o seu comportamento, os seus medos e desejos presentes nos sonhos (conceitos não integrados na teoria de Bowlby).

3.3. Desordens na Regulação da Vida Precoce

*«O bebé deve, primeiro, optar pela vida»
(M. Soulé)*

«Em seguida, ele deve insistir para existir verdadeiramente e não ser, apenas», refere Golse (2001). Mas é talvez necessário pensar o vazio, a ausência ou a falta, antes de se poder representar o objecto, a sua plenitude e a sua presença, continua o autor.

A imagem de um vaivém regulador desenvolvimentista do qual resulta a emergência do próprio aparelho mental, é dada por Golse, quando refere que o bebé, para passar do ser à pessoa, depende de um jogo de cruzamento à volta do par continuidade / descontinuidade. No plano somático e sensorial, o bebé deve passar rapidamente da continuidade do primordial materno, intra-uterino, para a descontinuidade dos ritmos (cap. 1.2) e dos sinais que se sucedem ao nascimento (ritmos biológicos, alimentares, dia - noite, modulação da linguagem). Em contrapartida, no plano psíquico ou mental, o acesso aos processos de simbolização e à capacidade de poder pensar o objecto na sua ausência, virá progressivamente atenuar a descontinuidade inicial da relação com o objecto.

Por sua vez, a função mais importante do aparelho mental, parece ser precisamente a de colmatar as descontinuidades da relação com a realidade exterior, pelo estabelecimento progressivo de uma continuidade interna, garantia do sentimento de existir.

Laplanche (Golse, 2001), de facto, considera que o sistema pulsional do bebé só pode ser, de certo modo, ligado (ou regulado, Mota-Cardoso, 2001) do exterior, através das interacções precoces que ligam o bebé ao inconsciente materno - sem dúvida, uma visão renovada.

Por outro lado, já anteriormente Winnicott (1984) tinha trazido contributos para a questão da personalização, como um processo psicossomático pelo qual o eu se funde com um eu corporal, derivado essencialmente da função materna de handling. Golse comenta que, mais uma vez, só se pode existir - enquanto pessoa - em referência ao objecto e pelo objecto.

Squires (2000) responde que, se os estados mentais elaborados a partir da experiência afectiva organizam a vida mental do bebé, sem dúvida, o problema coloca-se em saber como se efectua a passagem entre os afectos dos pais e os da criança. A dificuldade aparece quando se tenta representar o modo como a fantasmática parental é transmitida à criança e como eles próprios reagem ao comportamento do seu filho. A

inscrição da criança na malha das projecções e identificações parentais, acrescenta, não constitui assim o objecto de estudo da clínica perinatal? Continua o diálogo questionando se se conseguirá explicar por perturbações da vinculação os espasmos dos soluços, as anorexias, as crises de asma alérgica, as perturbações do sono do recém-nascido, sem a inclinação sobre a economia libidinal dos pais.

No debate sobre revisão de literatura, Golse (2001) continua referindo que, o acontecimento, para se inscrever na mente, tem, ele próprio, de possuir uma estrutura íntima, que possa entrar em fase, ou em ressonância, com a estrutura amadurecida, ou não, do aparelho mental. E Stern (1992) complementa, ao indicar que a organização e a estabilidade do estilo, depende dos fenómenos de sintonização afectiva mãe - bebé, que vão permitir ao bebé (ou não), depois do ser e do nascer, ser pessoa (através de um trajecto regulador complexo, minucioso, misterioso e enigmático).

Do outro lado do debate, enquanto revisão do enquadramento teórico, situam-se aqueles investigadores que estudaram o paradigma da segurança e da vinculação, à roda da situação estranha criada por Ainsworth (1991) e que descobriram, através da aplicação da Adult Attachment Interview (AAI), o paradigma do modelo operante interno. Esta corrente de pensamento levanta a questão de saber como se

efectua a passagem entre o comportamento da criança e os pensamentos profundos dos pais emergindo na referida entrevista, levando, assim, em conta, para além da observação, a representação interna.

Se este processo de interacção se organiza de modo negativo, a criança pode desenvolver estratégias de defesa em reacção a uma mãe que se põe à distância, ou é desvalorizante para a criança, ou reage de modo agressivo aos comportamentos ansiosos da criança. Ou ainda, como Mahler (1986) refere, a mãe que não pode tolerar a separação e autonomia do seu filho, ou não pode manter uma certa disponibilidade para com a criança, que vai determinar o estilo das relações das crianças com os seus pares. A imagem da má mãe pode ser então negada, excluída da consciência da criança, que pode apenas conservar uma imagem idealizada, positiva, abstracta. Este postulado dirige para uma certa transmissão transgeracional dos modelos de vinculação (cap. 2.3.7), onde os modelos parentais guiarão os seus comportamentos de cuidados, influenciando os modelos de interacção pais - bebé. Estes, por sua vez, contribuirão para a constituição dos modelos internos parentais, estudados por Fonagy et al. (1993, citados em Squires, 2000). Estes autores, encontrando correspondências entre os modelos de comportamento na situação estranha e os modelos de representação na AAI,

indicam que um fantasma persegue o berçário, conforme expressão de Fraiberg (1983, citada em Squires, 2000).

Os próprios modelos internos de vinculação do adulto determinam o modo como ele toma cuidado da criança, que na volta, constitui os seus próprios modelos de vinculação. Mas os investigadores são prudentes quanto à continuidade da transmissão sistemática dos modelos de vinculação, dado que também a observação directa dos bebés, a experimentação, o estudo da relação precoce e os novos dados sobre a emoção e a Neurobiologia, elucidam o conhecimento da vida mental e mostram a necessidade de equacionar outros conceitos como as competências, a segurança, a regulação do afecto, etc.

O conceito de unidade self-self-objecto (cap. 2.3.3) criado por Kohut (Siegel, 1996) e a descoberta que a mãe funciona como um regulador externo do comportamento do seu filho e da sua fisiologia (Winnicott, 1994, Stern, 1992), foram antecipados por Bion (1991) quando descreveu a mãe como o aparelho de pensar da criança, atribuindo assim grande importância emocional à mãe. Usou o termo *rêverie* para se referir à função dela e chamou-lhe sistema proto-mental, permitindo a expectativa e percepção das falências desenvolvimentais infantis, em virtude da qualidade do aparelho mental - do sentir e do pensar - materno.

Quando a mãe se encontra incapaz de conter, transformar ou desintoxicar os primitivos elementos beta do bebé, em elementos alfa, significantes, significados e pensados, ou seja, em vez de transformar as projecções da criança, a mãe pode ser transformada pelas projecções infantis e tornar-se num modo persecutório que reduz o sentido de segurança do bebé e de confiança na relação. Foi sugerido, refere Taylor, (1989) que estas mães perturbadoras chegam a usar os seus filhos para conter os seus próprios beta elementos projectados. Como consequência destas falências maternas, ocorrem defeitos na função alfa da criança, ocasionando uma capacidade reduzida para simbolizar e organizar as sensações corporais perturbadas ou aspectos perturbadores de relações de objecto. Deste modo, a criança pode falhar em criar objectos transicionais e mais tarde, a incapacidade para imaginar, não lhe permitindo diferenciar a sua mente do seu corpo. Sem representação mental, as proto-fantasias são expressas por alterações do funcionamento corporal, como que reproduzindo magicamente as sensações corporais perdidas da infância precoce em pensamentos concretos. A função simbólica enfraquecida e a falta de regulação e comunicação de afectos, confronta-se, provavelmente, com regulações perturbadoras no sistema regulador mãe - bebé.

Estas deficiências reguladoras podem ser devidas a factores constitucionais, incluindo os temperamentais, na criança e/ou a deficiências no ambiente dos self-objects (cap. 2.3.3). Taylor (1989) refere que os períodos de transição de um modo regulador para outro, parecem ser momentos de maior vulnerabilidade e as perturbações corporais que se sucedem, podem ser conceptualizadas como desordens da regulação.

As crianças estudadas por Spitz (1980) desenvolveram perturbações dos ritmos do sono, alimentar e cólicas dos três meses, na altura do culminar dos reflexos condicionados - o precursor dos organizadores psíquicos, coincidindo com o início da resposta do sorriso. Além disso, não apresentavam qualquer relação com qualquer objecto, permanecendo deitadas de costas ou a brincar com as suas mãos, pés, boca ou genitais - objectos sensação que acusam a importância da necessidade da estimulação táctil.

Gadini (1978, citada em Taylor, 1989) descobriu crianças cujos envolvimento e facilitação eram deficientes, desenvolvendo comportamentos giratórios, cólicas dos três meses, dificuldades do sono, dermatoses e mais tarde, funcionamento simbólico enfraquecido. Também estudou crianças asmáticas com sintomatologia severa a moderada e descobriu que nenhuma delas usava objecto transicional.

Embora na perspectiva de Winnicott a escolha do objecto transicional não seja influenciada pela mãe, outros investigadores descobriram que a vinculação da criança a tais objectos, pode ser modificada pela aprovação ou desaprovação da mãe. McDougall e Gadini (Taylor, 1989) descreveram dois tipos de mães que podem interferir com o desenvolvimento dos objectos transicionais e com fenómenos que podem precipitar uma imediata perturbação da regulação ou predispor a doenças somáticas, mais tarde na vida:

- mães privadoras, incluindo as que proíbem todas as tentativas por parte do bebé de usar precursores de objectos

- as que se oferecem continuamente ao seu bebé como único objecto de satisfação.

Qualquer uma delas denega ao seu filho uma experiência adequada ilusão-desilusão, bem como o espaço mental no qual se cria o objecto transicional e se formam as representações de objectos internos tirados do mundo externo.

Taylor (1989) aponta que muitas doenças infantis e adultas podem também ser conceptualizadas como desordens da regulação e o início da doença, em geral, tem um efeito adaptativo de restaurar uma relação interpessoal importante que está impedida pelas suas funções reguladoras psicobiológicas.

3.3.1. Papel da Mãe no Adoecer

No Capítulo 2 reviram-se as limitações do modelo da mente impulso-conflito-defesa na compreensão do processo psicossomático e Taylor (1989) argumentou que a predisposição psicológica à doença seria devida à patologia pré-neurótica que é a consequência das relações de objecto defeituosas, na vida precoce. Este acontecimento na conceptualização psicossomática foi permitido não só por uma maior compreensão das relações mente-corpo na vida precoce, mas também por mudanças major no campo da psicanálise, nomeadamente no interesse pelas relações de objecto internas e interpessoais e pelo conceito de self.

Na passagem da relação simbiótica típica da vida precoce, como um sistema homeostático regulador, para a individuação, Mahler (1986) confirma que os processos interaccionais facilitam a emergência da mente primitiva através das experiências corporais da criança em quatro sub-fases de separação - individuação, iniciando-se a diferenciação pelos cinco, seis meses e estendendo-se até ao terceiro ano do bebé. Ao mesmo tempo, efectua-se uma diferenciação intrapsíquica gradual da unidade fusionada self-objecto em self e partes de objectos da relação. Uma vez

adquirida a capacidade de simbolização, os objectos internos dão lugar às representações de objectos, mas este processo requer a presença de uma mãe externa física e emocionalmente disponível e suficientemente frustrante para permitir a separação do self em relações de objecto e para dar uma base de confiança possível para suportar a perda do objecto que, por si só, promove o crescimento psíquico até à clivagem do objecto onde o self se separa do objecto.

Se, nestas fases de individuação, as necessidades da mãe interferem com o crescimento da criança para a autonomia, permite a construção de um eu fraco que funciona associado a relações de objecto deficientes, podendo actuar como factores de predisposição no desenvolvimento da doença. É a chamada relação psicossomática mãe - bebé, onde as relações de objecto patológicas são ainda mais evidentes e importantes do que um funcionamento deficiente do eu (Sperling, 1978, citado em Taylor, 1989) na patogénese da doença.

Sperling refere que a mãe de quem a criança não se pode separar emocionalmente, não se entrega; na realidade, é entregando-se ao sintoma ou sintomas somáticos - asma, anorexia, vómitos, etc. - pois, na realidade, através da doença, a dependência mantém-se e exacerba-se, pelo que, sugere uma abordagem alternativa de tratar apenas as mães destas crianças.

3.3.2. Mãe Psicossomática

Autores como Sackin (Taylor, 1989) descobriram que os investigadores encontravam uma correlação positiva entre a estrutura de carácter da mãe e a doença psicossomática do filho, havendo uma concordância geral no facto que o papel da mãe é crucial na génese destas doenças somáticas. Em geral, a pessoa da mãe é dominadora, super-envolvida, intrusiva, excessivamente exigente, agarrada e sufocante, com uma personalidade organizada primariamente à roda de atitudes narcísicas e comportamentos que dão conta da sua capacidade limitada para ser empática e sensitiva com as necessidades da criança, enquanto os pais são descritos como passivos, ineficazes, dominados pela mãe e relativamente pouco envolvidos com a criança.

3.4. Alergia Alimentar

3.4.1. O que é

A alergia é considerada, a par das doenças autoimunes, a maior categoria de doenças de hipersensibilidade. A alergia alimentar consiste numa resposta anormal e sem explicação do

sistema imunitário a diferentes alimentos inofensivos e pode ser definida como um complexo de síndromas clínicos resultantes da sensibilização do doente a um ou mais alimentos, cujos sintomas manifestam uma reacção imunológica localizada no tracto gastrointestinal ou noutros órgãos, nomeadamente na pele e no aparelho respiratório, que pode causar doenças crónicas, associada a alterações cognitivas e do comportamento, que vulgarmente se confundem com stresse.

É comum ser reconhecida em bebés e crianças pequenas, mas, nos adultos, raramente o é. No entanto, mais de 25% dos adultos referem reacções adversas por terem ingerido alimentos específicos e sabe-se que, por ano, morrem mais pessoas de reacções alérgicas aos alimentos do que de mordeduras de insectos, por exemplo.

3.4.2. Fisiopatologia

As substâncias que provocam uma reactividade alterada no organismo, quando entram em contacto com ele, são os alergenicos. Os mais comuns são: amendoins, nozes, leite, ovos, soja, peixe, crustáceos e trigo. Em circunstâncias normais, existe tolerância antigénica relativamente aos inúmeros alergenicos alimentares que todos os dias contactam com a mucosa intestinal, mas urge clarificar quais os factores que

determinam, em algumas crianças e/ou em algumas circunstâncias, o aparecimento de manifestações alérgicas de expressão clínica muito variada e quais os mecanismos de hipersensibilização (Camilo, 1992) aí implicados.

A Imunologia pode ser considerada a ciência que estuda o reconhecimento, a resposta específica e subsequente memória de uma substância estranha ao organismo e a reacção entre os produtos daquela resposta e o antigéneo que a provocou. A finalidade primária é tornar o organismo imune de infecção, defendido.

O sistema imunitário, complexo, auto-organizado, é capaz de aprender uma resposta específica para cada substância, resposta esta que tem em vista não só a vigilância e a defesa das agressões, mas também a equifinalidade das várias linhas ou dos vários níveis de ataque, com vista à manutenção da integridade e da homeostasia do organismo (Coutinho, 1991). Pela sua adaptabilidade a agentes externos e internos, identifica moléculas pela sua forma e reage a modificações das concentrações das moléculas que identifica, através de uma variação das taxas de produção dos seus próprios componentes. As suas actividades de defesa, vigilância e ataque, revelam-se como reacções ou respostas compensatórias que tendem a restabelecer os equilíbrios na ontogenia do

sistema imunitário, portanto, por acção do timo e dos órgãos linfóides periféricos.

A defesa de microrganismos estranhos e invasores processa-se inicialmente através de uma fase de cooperação e regulação dos linfocitos, seguida de uma fase efectora, onde se produzem cinco classes de anticorpos, as imunoglobulinas, mantendo-se assim a normalidade da sua própria composição molecular. Mas os mecanismos da imunidade podem-se desviar, surgindo alterações provocadas por um mecanismo fundamentalmente destinado à defesa e evidenciando a complexidade deste sistema.

No caso do alérgico, cujo sistema imunitário confunde ácaros com parasitas, por exemplo, se é invadido por um antigénio, processa-se a produção exagerada de IgE, a imunoglobulina mais diferenciada na defesa contra os parasitas, que corresponde à produção de anticorpos pelas células B que se fixam às mucosas da pele que, reagindo com os antigénios, levam à libertação de mediadores da inflamação como a histamina e a serotonina. A concentração de IgE sobe após a exposição a alergenos e depois da primeira fase de tratamento hipossensibilizante, não sobe só no soro, mas também nas secreções das glândulas salivares, no muco nasal e no muco brônquico. Os mediadores têm acção sobretudo a nível da constrição dos músculos lisos como o brônquico, do aumento

da permeabilidade vascular, permitindo manifestações clínicas de asma e outras alergias, podendo os efeitos inflamatórios tornar-se crónicos.

3.4.3. Vulnerabilidade

Na revisão da literatura, encontraram-se factores:

- individuais, como a imaturidade da barreira intestinal, a deficiência imunitária e a atopia (base hereditária) (Camilo, 1992)
- identitários, porque a criança deverá construir a sua identidade pessoal como doente alérgico (Sami-Ali, 1984)
- de autonomia, a criança terá que saber identificar os alergenos e evitá-los, reconhecendo as possíveis consequências
- psíquicos, como factores de agravamento, Kreisler (1981) refere os receios, a depressão, a ansiedade, os sintomas denegados (por vezes as tentativas de suicídio)
- do ambiente físico, em especial as dietas com elevado potencial alergénico e as infecções

gastrointestinais, podem resultar em alterações locais dos mecanismos de processamento antigénico e de imunorregulação da mucosa, responsáveis pelo aparecimento da doença alérgica (Camilo, 1992)

- familiares, sobretudo com a mãe, principal responsável pela alimentação e pela exclusão alimentar e figura de vinculação na díade, que irá permitir e colaborar na futura autoregulação da criança (cap. 2.3.3 e 2.3.6)
- sociais, pelo que a criança deve saber também informar os outros e justificar essa necessidade de exclusão, como uma protecção da sua saúde, do seu bem estar e da sua vida.

A ideia mais geralmente admitida é a possibilidade da deflagração das crises se dar principalmente sob a influência de agressões psíquicas e stresse psíquico, factores não específicos, mas que podem agir, na medida em que existe uma vulnerabilidade potente e latente. Por outro lado, a existência das consequências secundárias, pela repetição das crises que permitem alterações no ritmo diário, incluindo as alterações na regulação afectiva relativas à dinâmica relacional com a mãe e com a família (Minuchin, 1978). O facto deve-se à avaliação cognitivo-emocional de determinadas

vivências stressantes (tálamo - córtex cerebral - amígdala - hipocampo) efectuadas pelo indivíduo alérgico que preparam o corpo e o sistema nervoso central, memorizando o evento e a emoção respectiva. Além disso, existem mensageiros e receptores comuns aos sistema nervoso central e imunitário que se comunicam, pelo que aquele tem consciência da existência de linfocitos no seu sistema (Coutinho, 1991).

Geshwind (Habib, 2000) descobriu a associação entre indivíduos portadores de afecções imunitárias iniciadas antes da puberdade, nomeadamente alergias, de indivíduos canhotos, podendo eventualmente o canhotismo constituir uma predisposição maior para a doença alérgica que se manifesta na infância.

Na teoria da alergia de Sami-Ali (1984), é referido que a alergia é dominada por uma e mesma problemática, imunitária e relacional. Para o autor, o desenrolar de uma problemática alérgica surge na relação mãe - criança, numa idade precoce do desenvolvimento, que não favorece o processo identitário na construção da personalidade do alérgico, resultante na impossibilidade de conhecer a diferença em torno do outro.

Assim, a reacção imunitária está em conformidade com o mesmo esquema, uma vez que ela consiste em afirmar, por um lado, que *si* e *não-si* são diferentes. Esta diferença consiste

na relação entre o alergeno e o anticorpo e por outro lado, que o alergeno escolhido pertence ao mundo pessoal do sujeito (Sami-Ali, 1992). Considera que, de um modo geral, a construção da identidade é feita com base no estabelecimento de ritmos corporais que se adquirem no seio de uma relação equilibrada com uma mãe que percepçiona e respeita as necessidades internas e próprias do seu bebé, que, nas crianças alérgicas é mal efectuada, imposta, de fora para dentro.

Sem dúvida que fica evidente a necessidade de se considerar, na compreensão do funcionamento alérgico, um conjunto de factores levantados pela relação em geral que envolve o sujeito: interpessoal, intrapsíquica e com o ambiente.

A par destas investigações, Szwec (1993) pormenoriza que, nos asmáticos, ao lado dos pneumoalergenos e dos alergenos alimentares, é fundamental enquadrar também o papel desempenhado, em certos casos, pelas ideias asmogéneas, ou seja, a descrição da crise origina uma outra crise, como factor emocional desencadeante e de manutenção, pressupondo possíveis arranjos defensivos e organizadores do desconhecido. O autor retoma a ideia da Escola Psicossomática de Paris que, a propósito da alergia, propõe uma relação objectal de tipo alérgico ou seja, uma estrutura alérgica

essencial, com características frequentes, mas não sistematicamente presentes. Precisa que as personalidades que comportam traços alérgicos não se confundem com os sujeitos que têm asma alérgica no plano fisiopatológico e que as características psíquicas alérgicas descritas pelos investigadores em psicossomática podem-se revelar em pessoas que não têm hipersecreção de IgE e opostamente, isso não ser visível sistematicamente em todos os alérgicos no sentido médico. Esta concepção pode assim, conduzir, em certos casos, a reconhecer uma potencialidade alérgica em sujeitos que não têm as manifestações somáticas correspondentes.

3.4.4. Terapêutica e Comportamento

Segundo Sapolsky (1996), as situações de stresse continuadas podem ter numerosos efeitos patológicos, dado que a resposta da secreção excessiva de glucocorticóides tem efeitos adversos no cérebro, particularmente no hipocampo, acentuando aí a destruição de neurónios e esta contribuindo para uma perda de controlo da secreção de glucocorticóides.

O alérgico, em geral, revela um conjunto de sinais físicos típicos que constituem o chamado *aspecto da criança alérgica*, associados a queixas de dores várias, irritabilidade, hiperactividade, inércia, dificuldade na

relação com pares, nas funções cognitivas, comportamentos estes que não se podem separar das consequências da respectiva terapêutica, muito para além da exclusão alimentar.

A administração terapêutica da asma pode, também, prejudicar a memória, com consequências na aprendizagem e num comportamento infantil com alterações, induzindo a necessidade de se considerar a alergia uma doença multissistémica, psicossomática, que requer complexas e delicadas atitudes terapêuticas e comportamentais.

3.4.5. Clínica Psicossomática Infantil

Pelo menos desde Abraham (1927, citado em Ierodiakonou, 2001), que se relacionara já a fixação da libido no estágio oral e anal com algumas condições gastrointestinais, passando por Fenichel (1955, citado em Taylor, 1989), que aceitou ou reconheceu não só uma predisposição constitucional, mas também a necessidade de se considerar, ao mesmo tempo, as fantasias subconscientes acerca de um órgão e do seu papel numa crise, bem como as possibilidades para expressões simbólicas, onde se aceita e se enquadra a influência directa das emoções nas funções neurovegetativas e secretórias estudadas experimentalmente na infância.

Actualmente, a Psiconeuroendocrinoimunologia, campo promissor que tem sido recente e intensamente investido para se obter melhores respostas para as condições psicossomáticas, afirma que stressores (cap. 1.3.2 e cap. 2.3) vários exibem um efeito inibidor da resposta imunológica. As relações mútuas entre o sistema neurovegetativo e as neurohormonas e a sua acção, após um stressor, resulta numa notória redução da proliferação de linfocitos no sistema imunitário.

Tendo sido esboçada uma revisão da literatura sobre investigação psicanalítica em psicossomática exposta no Capítulo 2, nomeadamente na relação precoce e evidenciados os contributos da Neurobiologia na sua compreensão, no capítulo 1, salienta-se de novo Kreisler (1983), da escola francesa, que estudou especialmente crianças e considerou a relação mãe - bebé como pré-requisito para a protecção da criança contra estímulos nócuos e descreveu como acontecimentos traumáticos nesta relação de pára-excitação materna trazem desorganização no desenvolvimento psicoafectivo infantil, com diminuição das defesas biológicas, isto é, vulnerabilidades psicossomáticas.

O autor propõe a noção de síndrome de comportamento vazio para crianças de tenra idade, com perturbações psicossomáticas, submetidas a prévios acontecimentos como infecções repetidas, crescimento lento, sono profundo e

problemas digestivos, que não puderam desenvolver vinculações individualizadas e cujas relações objectais ficaram indiferenciadas.

Não só Gerard (1953, citado em Ierodiakonou, 2001) mas também Lebovici, realçam a importância da qualidade de cuidados e da discontinuidade e distorção destes, principalmente nas separações familiares, como factores fundamentais na vulnerabilidade psicossomática, devido à alteração e perturbação dos ritmos infantis.

Ierodiakonou (2001) sintetiza que, consoante a sua própria investigação, se demonstra a natureza multifactorial dos processos psicossomáticos:

- factores de predisposição
- factores etiológicos principais
- factores de precipitação
- stressores
- natureza da personalidade da criança
- natureza da personalidade dos pais
- qualidade da relação materna de vinculação
- mecanismos de defesa especiais e simbólicos

e propõe condições essenciais de intervenção psicoterapêutica imediata às crianças e/ou às famílias (Minuchin, 1978), sempre de acordo com a respectiva resiliência, a par da cooperação também com o pediatra.

4. SISTÊMICA E PSICOSSOMÁTICA

"A interface entre a Neurobiologia e a Psicanálise Familiar é uma das mais excitantes fronteiras nas ciências médica e psicológica actuais" (Taylor, 1989)

No Capítulo 1 definiu-se o sistema biológico da pessoa humana como um sistema natural, que faz parte de um conjunto vertical e hierárquico de Sistemas Naturais, todos eles subsistemas e supersistemas uns dos outros, consoante o seu grau de complexidade e organização e todos eles em relação. Como subsistemas do sistema pessoa, considera-se o sistema nervoso central, os órgãos, tecidos, etc. e como seus supersistemas, tem-se a diáde, a família, sob a qual nos vamos centrar neste capítulo, a comunidade, etc.

Quando a teoria Geral dos Sistemas enunciada por Bertalanfy (1977) foi aplicada por Engel (1980, citado em Mota-Cardoso, 2001) aos sistemas naturais, dando origem ao Modelo Biopsicossocial, permitiu que, no contexto clínico, se comesse a dar atenção à análise das relações interpessoais, nomeadamente dentro do sistema família, onde a pessoa desenha a sua vida, para além dos seus próprios conflitos intrapsíquicos.

Ao surgirem dificuldades no tratamento psicanalítico em doentes psiquiátricos e doentes somáticos, também a psicanálise se centrou na análise das relações interpessoais da vida familiar, ao nível fantasmático, para compreender melhor os conflitos individuais.

Um outro contributo que permitiu o pensamento sistémico foram as Teorias da Comunicação e da Informação, que estudaram a melhor utilização dos canais de transmissão das informações e facilitaram a compreensão dos processos de comunicação usados inadequadamente nas e pelas famílias, principalmente com elemento com doença somática. A observação centrada nas famílias sintomáticas como sistemas auto-regulados, permitiu verificar que elas reduziam ao mínimo, as perturbações exercidas pelo meio, por exemplo adoptando comportamentos repetidos em situações de instabilidade, stresse e crise, o que, por sua vez, perturbava o crescimento, a transformação e a adaptação do sistema família à nova mudança.

O Domínio da Psicossomática propõe-se como o terreno privilegiado da Crise Epistemológica que surgiu ao constatar-se que o método analítico e reducionista da Ciência Clássica não explica o mistério do real, mesmo quando o decompõe em partes cada vez mais pequenas. Desfez-se a ilusão de que cada

teoria científica, por si só, jamais pode fornecer uma descrição completa e definitiva da realidade.

Como em qualquer Crise Epistemológica, surgiram também os seus efeitos salutareos. Assim, emergiu a exigência de novas metodologias que favorecessem visões integradas dos fenómenos e encorajassem pluralidades de pontos de vista, tendo consciência que cada um destes é apenas, parcial.

O objecto de observação da Medicina Psicossomática (Lipowski, 1976, citado em Onnis, 1996) refere-se a uma perturbação que, se bem que se exprime através do corpo, com toda a evidência das manifestações somáticas, parece reenviar para além do corpo biológico. O princípio implícito do ser humano que inspira a Medicina Psicossomática, parece mover-se sob o signo da ambivalência.

Apesar das exigências de integração, numerosas concepções predominantes no domínio da psicossomática caíram no reducionismo, porque pretenderam unificar as realidades em jogo, subordinando-as umas às outras, ou introduzindo laços causais lineares, uma determinando outra, não conseguindo restituir aos fenómenos psicossomáticos o sentido global da sua manifestação (Onnis, 1989).

A crise epistemológica nasceu ainda do contraste entre a aquisição de princípio que o problema psicossomático é um

problema complexo e do facto das metodologias reducionistas lhe diminuïrem a complexidade.

No plano da metodologia, tanto interpretativa como operacional, tornou-se mais útil substituir estes modelos lineares por outros, de causalidade circular, que sublinham a importância das correlações recíprocas entre as diferentes componentes biológicas, psicológicas e sociais, podendo melhor satisfazer as exigências de integração inerentes aos fenómenos da psicossomática.

Mas, entre as abordagens que, sem dúvida, trouxeram uma contribuição importante para a interpretação da perturbação psicossomática, a Psicanálise teve o mérito de ter fundado a Medicina Psicossomática, cujo objectivo era a investigação de um sentido para o sintoma somático, para além da simples manifestação orgânica, permitindo reconstruir uma interpretação, uma linguagem do corpo (Onnis, 1996).

Se em Freud e nos seus sucessores imediatos esta interpretação e esta linguagem ficam ligadas à dinâmica do mundo intrapsíquico individual, outros desenvolvimentos do pensamento analítico como o da psicologia psicanalítica do eu, começaram a interessar-se pela personalidade de algumas figuras significativas para o doente psicossomático. Primeiramente a influência da qualidade da relação diádica

precoce e posteriormente a relação com os pais (Spitz, 1980, Kreisler, 1981, Winnicott, 1984).

Estas orientações psicanalíticas, ao influenciarem a passagem do pensamento dualista ao pensamento sistémico, tiveram um interesse particular, dado que prepararam o terreno para o importante salto conceptual que leva ao Modelo Sistémico.

A introdução do modelo sistémico no sector das Ciências Humanas e Sociais e no campo da Psicossomática apareceu sobretudo através dos trabalhos de Minuchin (1978) e Selvini-Palazzoli (1978). O objectivo deste modelo tem a ver com a investigação das conexões entre todas as partes de um fenómeno.

Para além da psicologia genética de Piaget, a psicologia da forma também abriu as brechas do pensamento sistémico, ao considerar a totalidade, ou seja, que a percepção de um acontecimento não provém da adição dos seus elementos, ao nível do cérebro humano e da associação de sensações múltiplas, mas da apreensão global de uma forma que é complexa.

No modelo sistémico aplicado à família, clinicamente o sintoma passou a ser visto como um sinal de disfuncionamento de todo o sistema e como uma forma de comunicar interior e

exteriormente, ou seja, era-lhe conferido um valor comunicacional. Na sua vertente paradoxal, o sintoma leva a um pedido de mudança para a não mudança, garantindo a manutenção daquele tipo de funcionamento emocional (Onnis, 1996).

A crise pode não ser negativa, dado que os sistemas vivos, naturais, são capazes de utilizar a desordem sem se destruírem, mas reorganizando-se.

Em psicossomática, o sintoma, se bem que corporal e individual, pode ser subtraído à obscuridade, sem significado apenas dos acidentes biológicos, mas recuperar o sentido histórico de uma linguagem, de uma comunicação, um sentido que, se é interpretado, revela no sintoma um nó de sofrimento, no qual se cruzam biologia, emoção, relações afectivas e regras de comunicação de um contexto específico, neste caso, familiar, mas sempre em interrelação com os seus subsistemas e supersistemas.

Minuchin (1978) refere que as famílias também estão sujeitas a pressões, quer internas, quer externas. Tipificando as fontes de stresse, considera quatro situações:

- contacto de um membro da família com uma fonte de stress extra-familiar (pai/mãe que desvia para o filho o seu conflito profissional)

- contacto de toda a família com uma fonte de stresse extra-familiar (depressão económica)
- stresse natural relativo aos períodos de transição do ciclo vital da família (nascimento, adolescência, morte)
- stresse accidental provocado por problemas particulares (perturbações físicas, psicológicas e psicossomáticas).

O autor distinguiu as perturbações psicossomáticas em:

- primárias, quando se encontra uma disfunção biológica (diabetes ou asma alérgica, por exemplo). Tem a ver sobretudo com a vulnerabilidade biofisiológica. O elemento psicossomático consiste na exacerbação emocional do sintoma que já existe

- secundárias, não se encontra nenhuma predisposição ou alteração fisio-patológica deste tipo (anorexia, obesidade). O elemento psicossomático é evidente na aparente transformação dos conflitos emotivos em sintomas somáticos. Estes podem-se estabilizar numa doença grave e crónica.

Nos dois casos, o stresse emocional pode provir do meio exterior ou interior à família, tal como nos sistemas naturais.

Mesmo quando existe uma alteração biológica de base, a adaptação recíproca entre o sintoma e uma organização

interactiva do sistema familiar, carregada de tensões emocionais que não são obrigatoriamente manifestas, desempenha um papel determinante na exacerbação e manutenção do sintoma.

A tendência à persistência do sintoma psicossomático, vem, especialmente, da persistência desta interacção circular e rítmica, psico-somática-psico.

O autor estudou os modelos transaccionais de famílias com diversos tipos de perturbações psicossomáticas: anorexia, diabetes e asma, mas Onnis (1989, 1996) estuda também famílias com cefaleias, vômitos e outras perturbações gastrointestinais.

O estudo permitiu mostrar que, independentemente do sintoma psicossomático apresentado, o sistema familiar revelava modelos interactivos e organizacionais, onde se podiam reconhecer características disfuncionais típicas:

- Enredamento, intrusão nos sentimentos e acções recíprocas
- Hiperprotecção, excesso de preocupação, interesse e protecção
- Rigidez, resistência à mudança, a característica mais típica dos sistemas patológicos

- Evitamento do conflito e da sua resolução.

A rigidez e a hiperprotecção do sistema familiar, combinadas com as características de interferências recíprocas constantes nos modelos transaccionais enredados, leva as famílias a apresentarem um limiar extremamente baixo de tolerância ao conflito.

Estas quatro características transaccionais típicas das famílias com uma criança que tem uma perturbação psicossomática, constituem o contexto no qual a doença 'pode ser utilizada' como modo ou via de comunicação. Mantendo-se e perpetuando-se, este contexto pode inibir:

- os movimentos de diferenciação individual
- o respectivo sentimento de individualidade
- o processo da identidade.

A organização disfuncional das famílias, a par de múltiplos outros factores interiores ou exteriores ao sistema, facilita o aparecimento e a persistência do sintoma psicossomático de um dos elementos da família.

Por outro lado, o sintoma, por um mecanismo circular de feed-back, tende a manter estável a organização disfuncional da família e a conservar-lhe o equilíbrio patológico.

Selvini-Palazzoli (1978) chega a conclusões análogas noutras famílias, com anorexia. Interessando-se pelos modelos comunicacionais, resume algumas regras encontradas:

- cada elemento recusa, com uma frequência elevada, as mensagens dos outros (ao nível do conteúdo da relação)

- todos os elementos da família mostram grandes dificuldades em assumir abertamente o papel de líder

- é proibida qualquer aliança aberta de dois contra um terceiro

- ninguém assume a responsabilidade do que quer que seja.

O modelo da estrutura destas famílias pressupõe que três factores, em correlação, sejam necessários para o desenvolvimento de uma perturbação psicossomática grave nos filhos:

- a criança é vulnerável biofisiologicamente, apresentando uma disfunção orgânica específica

- a família da criança apresenta as quatro características transaccionais descritas - enredamento, hiperprotecção, rigidez e ausência de resolução dos conflitos

- a criança desempenha um papel importante de evitamento dos conflitos nos modelos interactivos da família e este papel é uma importante fonte de reforço para os seus sintomas.

Para estes autores, o sintoma, embora dependente da vulnerabilidade psicossomática do doente, adquire um significado simbólico, associando-se a algo que deve ser comunicado e que só o pode ser através do corpo.

O corpo que fala, não exprime apenas os movimentos do intrapsíquico, ou os traços da biografia do indivíduo, mas também o sofrimento mais complexo numa situação interactiva e contextual na qual o indivíduo participa.

Nestas famílias é frequente encontrar mitos de «união a todo o custo» e fantasmas de ruptura (Neuberger, 1990, citado em Onnis, 1996), bem como a transmissão transgeracional de conflitos não resolvidos, de aversões, vinganças, juízos, segredos, assuntos não falados (Dolto, Abraham, Nagy, citados em Schutzenberger, 1998), para os quais é necessário abrir a *percepção*, tal como o fazem as filosofias orientais, comenta a autora. Refere que qualquer pessoa está menos livre do que pensa, embora se possa recuperar a liberdade individual e acabar com as repetições, pela compreensão do

que acontece e pela percepção e elaboração das meadas no seu contexto e em toda a sua complexidade.

Muito do que acontece é transmitido, inconsciente e transgeracionalmente, sem ser assimilado e só um terapeuta, usando todo o seu conhecimento empático de ser e de ser com o outro, de escutar o outro, lhe pode permitir passar do eu ao me e do conhecimento do self ao self conhecido. O método que Schutzenberger utiliza na intervenção clínica tem a ver com a representação dos vínculos e das relações aplicadas ao genograma, isto é, através de um genossociograma que permite a visão sociométrica da representação da árvore genealógica minuciosamente detalhada, de modo a encontrar e estudar relações inconscientes repetitivas e bloqueadas de geração para geração e mesmo segredos familiares e lealdades invisíveis (Torok, citado em Schutzenberger, 1998).

5. PSICONEUROIMUNOLOGIA

"O funcionamento do corpo, reifica o objecto-corpo, enquanto a sua função o interpreta como unidade indivisível" (Mota-Cardoso, 2001)

A Psiconeuroimunologia é um campo de estudo promissor que tem sido recente e intensamente investido para se obter melhores respostas para as condições psicossomáticas, ou seja, para a compreensão entre a natureza das relações estabelecidas entre os agentes patogénicos, por um lado, o organismo da pessoa sobre o qual agem e o tipo de doença que provocam (Rosch, 1995, citado em Ouakinin, 2000). Estuda de modo integrado, as funções comportamental, neuronal, endócrina e imunológica, funções que permitem constantemente a adaptação do organismo às vicissitudes dos meios interno e externo, de modo a conservar a homeostasia.

Black (1995) ilustra de modo aparentemente simples, que o cérebro e o sistema imunitário interagem via hormonas, neurotransmissores e citocinas, que viajam através do sangue e dos nervos. Esta comunicação química bidireccional é regulada pelo factor libertador de corticotropina, que é estimulado pelos pensamentos e pelas emoções, ou pela

activação imune, afectando o eixo hipotálamo - hipófise - suprarrenais.

Factores vários como os acontecimentos de vida, actuam de modo repetido e/ou intenso, originando stress (cap. 1.3.2, 1.3.3 e cap. 2.3) que, por sua vez, compromete a imunidade, susceptibilizando ao adoecer. Assim se constata que existe uma multiplicidade de variáveis a controlar, em diferentes níveis, como o físico, o emocional ou o comportamental, nesta área de investigação.

Na avaliação do funcionamento normal e alterado de uma pessoa (Ouakinin 2000), urge não só uma quantidade de avaliações detalhadas, quantitativas e funcionais, dos vários aspectos médicos, como a avaliação das dimensões psicológica e social do comportamento, integrando sempre dados anamnésicos, da personalidade, de nível cognitivo, afectivo e comportamental, assim como acontecimentos de vida marcantes, e a adequação dos mecanismos de coping.

Em termos de revisão de literatura, é fundamental observar sempre e detalhadamente, a abordagem exemplar efectuada por Mota-Cardoso (2001), relativa à auto-regulação dos sistemas naturais e pormenorizada nos sistemas de regulação orgânica - autonómica, endócrina e imunitária.

O autor salienta a necessidade de se reflectir sobre o tipo de vinculação estabelecida entre o bebé e a mãe, especialmente quando o modo é Evitante, o que acontece nas crianças filhas de pais negligentes e distantes, emocionalmente indisponíveis e com fraca capacidade de comunicação contingente. As crianças acabam por adoptar uma estratégia adaptativa que minimiza a procura de proximidade (cap. 2.3.6) e reduz as expectativas à custa da perda da função mentalizante, de que os pais também carecem e da qualidade das relações futuras. O pensamento destas crianças será seco, lógico, analítico, sem a componente sensorial ou intuitiva. O ambiente de vida é e será pobre de afecto e parecerão crianças autónomas, dado não mostrarem qualquer necessidade relacional, mas a frequência cardíaca, perante o estranho, é uma resposta significativa, mantendo-se activado o sistema de vinculação.

Este sistema, nunca permitido, mas sempre activado através de uma contínua descarga vegetativa, poderá facilitar a vulnerabilidade ao adoecer físico (cap. 1.3.3), pois que as emoções, neste tipo de situação stressante, têm uma expressão directa pelas vias autonómicas, em vez de aferirem ao neocórtice e aí descobrirem uma expressão simbólica (MacLean, 1976, citado em Taylor, 1989).

Mota-Cardoso (2001) aponta que a perturbação da vinculação é apenas um caso particular, embora importantíssimo, do fenómeno de desregulação dos processos integradores. O efeito desregulador, que engloba a disfunção do córtice orbito-frontal, torna-se visível em situações que exijam flexibilidade e regulação do afecto, demonstrando inabilidade de adaptação e uma contínua activação ou inibição dos sistemas internos, sem possibilidade de adequação ao acontecimento de vida, podendo residir aí a não resiliência ao adoecer físico e/ou mental.

O autor salienta que as funções neuroendócrinas do sistema nervoso autónomo da mãe acabam por regular o sistema imunitário imaturo do bebé. A mãe regula o sistema nervoso autónomo do filho e, no mesmo período, desenvolve-se nele a inervação do timo, gânglios e baço. O período crítico de internalização das funções reguladoras é também o período crítico do estabelecimento das comunicações bidireccionais entre os sistemas endócrino e imunológico.

Ambos os sistemas, endócrino e imune, contêm e usam as mesmas moléculas e os mesmos receptores, como sinais de comunicação e regulação intra e inter-sistémica - hormonas e citoquinas, pelo que entre eles, se permitem uma conversa cruzada (Mota-Cardoso, 2001) misteriosa e desconhecida. Acrescenta que um circuito integrado que engloba o córtice

cerebral, o sistema límbico, o hipotálamo e os núcleos autonómicos do tronco cerebral, parece modular a reactividade imunitária na periferia. Enquanto que, de modo inverso, o mesmo circuito parece modular a reactividade cognitivo-afectiva às alterações periféricas dos três sistemas integradores, autonómico, endócrino e imunitário.

Por seu lado, o córtice cerebral modula superiormente a função imunitária, em particular o hemisfério direito. Os estímulos sócio-afectivos são processados igualmente pelo hemisfério direito (cap. 1.1.2) que também regula a secreção de cortisol como resposta ao stresse. Deste modo, a activação orbitofrontal provoca alterações bioquímicas nos circuitos do sistema límbico, através das quais influencia directamente o hipotálamo, centro regulador do sistema nervoso autónomo e do eixo hipotálamo - hipófise - suprarenais. A informação superior acabará por ser percebida pelos receptores das células imunitárias. E sintetiza:

- a co-organização e co-regulação dos sistemas imunitário e neuroendócrino (ambos em desenvolvimento no período crítico da perda da regulação externa), influenciam permanentemente, ao longo da vida, a resiliência / vulnerabilidade da pessoa humana à patologia psicofisiológica

- no período crítico, as perturbações mais importantes são as de natureza cognitivo-afectiva do hemisfério direito, sobretudo as emanadas da face expressiva do Outro. Esta representação é integrada com a do meio hormonal interno, ao nível do córtice orbitofrontal

- o contexto psicossocial é pois um potente determinante das reacções imunológicas. Um sistema imunitário incompetente desenvolve-se num meio de crescimento inibitório

- a regulação psicobiológica materna pode influenciar o desenvolvimento de uma imunocompetência (in) adequada, promovendo a possibilidade real de as representações simbólicas do mundo exterior influenciarem a actividade endócrina e imunitária e inversamente

- a maturação desta rede neuro-endócrino-imunitária auto-organiza-se num complexo de processamento multi-sistémico, hierárquico e globalizante: o sistema de autoregulação superior.

PARTE II - DEFINIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO EXPLORATÓRIO

6. DEFINIÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório enquadrado no contexto da actividade clínica desenvolvida em intervenção psicopedagógica e em psicoterapia individual e familiar, nomeadamente quando se encontra inscrita a síndrome alérgica infantil. Foi possível concretizá-lo durante a realização do Estágio Clínico no Hospital de Santa Maria, em 1999, sob a coordenação da Professora Leonor Camilo.

As alergias e as doenças autoimunes são consideradas as duas maiores categorias de doenças de hipersensibilidade. No caso específico da alergia alimentar, considera-se que consiste num complexo de respostas imunes que pode causar doenças crónicas, dado que, muitas vezes, o indivíduo não reconhece que a ingestão de determinado alimento lhe provoca sintomas, isto é, faz com que vá adoecendo. As doenças autoimunes consideram-se perturbações de hipersensibilidade interna, embora também dependam de causas externas.

Não constituindo as alergias, do ponto de vista médico, uma realidade nova, o tipo de sintomatologia infantil

comportamental associada, como obstinação, inércia, confusão mental, irritabilidade, fadiga, perturbações do sono, dificuldade de relacionamento com os pares, depressão, ou ainda sintomas combinados e a conseqüente alteração do bem estar individual global e até familiar, revelou-se, do ponto de vista clínico, uma nova e aliciante realidade a descobrir.

A actividade imune, por sua vez, tem um benefício e um custo. Perante qualquer invasão por um corpo estranho, o organismo, possuindo essa cognição, suscita a reacção de defesa antigéneo-anticorpo. O lado negativo da imunidade é a produção de sintomas aflitivos, de doenças agudas e crónicas, proporcionando enorme mal estar individual e familiar e o desenvolvimento de recursos, nem sempre adequados, por parte do contexto familiar.

A alergia alimentar associa-se, assim, a um sofrimento global do indivíduo, gerado pela doença em si, pela dieta alimentar específica, pelas atitudes familiares de protecção constante e pânico, mas também pela presença de sentimentos e comportamentos de inadaptação relacional e ambiental que passam pelo corpo do indivíduo. Estes associam-se à sintomatologia originada pela passagem dos linfocitos que, sintetizados pelos antigenes alimentares activados no tracto gastrointestinal, se movem através da circulação do sangue e ultrapassam uma defeituosa barreira cerebral, deixando o

indivíduo mentalmente afectado e com necessidade constante de adaptação, em esforço.

A dificuldade na regulação dos conflitos emocionais existentes nas famílias com filhos que sofrem de patologias psicossomáticas (Minuchin, 1995), aparentemente atenuados por uma enorme cumplicidade entre os seus elementos, que se hiperprotegem reciprocamente numa atitude de resistência ao próprio crescimento familiar, evitando a explosão do conflito, uma mudança de atitude comportamental e uma adaptação nova e criativa, atraiu a curiosidade para conhecer, de modo mais profundo, algumas particularidades do desenvolvimento relacional, durante o ciclo de vida, de mães de crianças alérgicas.

Quer a investigação, quer a intervenção psicológica e psicossomática, fundamentadas no modelo biopsicosocial da doença (Engel, 1977, 1980), valorizando, portanto, os avanços das visões psicossocial e biológica dos fenómenos, como os dois lados inseparáveis e interdependentes do adoecer humano, valorizam as análises, sincrónica e diacrónica das relações interpessoais no desenrolar deste complexo processo do adoecer.

Este facto obrigou a pensar a intervenção psicopedagógica, psicológica individual e familiar de forma a

integrar os aspectos particulares desta doença, considerada, sempre, não só num contexto socio-familiar específico, como numa díade particular mãe-filho.

A abordagem psicossomática da alergia alimentar num contexto familiar sistémico, impôs-se. A perspectiva, integradora, iria permitir entender a importância dos factores psicológicos relacionais, nomeadamente os maternos, na doença do filho. A necessidade (e a dificuldade) de saber como se processa a representação, ou como é que a fantasmática materna é transmitida à criança, ou ainda, como é que se forma a inscrição da doença alérgica da criança na malha das projecções e identificações maternas, sobrepôs-se.

6.1. Objectivos

Verificar se existe um padrão configurativo distinto e específico, no desenvolvimento relacional, emocional e de vinculação de mães de rapazes alérgicos alimentares, que possibilite indicações importantes na definição, compreensão e abordagem sensíveis dos projectos terapêuticos que envolvessem as respectivas díades. Como referência, são levados em consideração os resultados obtidos nas Escalas

utilizadas por Canavarro (1999), *Relações Afectivas e Saúde Mental*, para a população portuguesa.

Para responder à questão de definir a existência de um padrão específico, considerou-se de interesse analisar possíveis relações complexas existentes entre:

- O modo como as mães representam as suas próprias memórias educativas da infância e adolescência, através da Escala de Memórias Educativas da Infância e Adolescência;
- O modo como representam a sua proximidade emocional em relação aos seus pais, separadamente, nas várias etapas do ciclo de vida, através do Desenho de Círculos Representativos da Família;
- O modo como representam a proximidade emocional em relação ao seu filho alérgico, durante o respectivo crescimento, através do Desenho de Círculos Representativos da Família;
- O padrão de vinculação com os seus pares, através da Escala de Vinculação do Adulto;
- A existência de alguma perturbação emocional, revelada pela presença de sintomatologia psicopatológica, através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos;

- Integrando-se, numa mesma questão, não só a componente psicológica da mãe, como também os resultados imunológicos fundamentais do filho, que conferem à alergia a sua especificidade, também se procurou analisar se e como é que a componente alérgica do filho pode estar associada à componente psicológica e relacional da mãe.

Para tal, procurou-se determinar um conjunto de medidas relevantes acerca do funcionamento psicológico singular de cada mãe e do modo como este se desenvolveu naturalmente, em termos do seu funcionamento particular, sem intervenções deliberadas ou manipulações experimentais e relacioná-las com o nosso ponto de chegada que é a doença alérgica do filho.

Assim, ao pretendermos analisar as possíveis interrelações entre o modo como se desenvolveram as relações afectivas das mães e a doença alérgica do filho, partimos do princípio que aquelas relações afectivas dependem também de aspectos socio-familiares e históricos específicos, de cuja existência não nos podemos abstrair (Bowlby, 1969/1984, 1973, 1980, Canavarro, 1999).

Os parâmetros relacionais (enredamento, hiperprotecção, rigidez e evitamento do conflito) que indicam as dinâmicas familiares disfuncionais (Onnis, 1996), nomeadamente ao nível

da relação mãe/filho alérgico alimentar, alertou para a necessidade de compreender mais intimamente os meandros do desenvolvimento relacional precoce destas mães.

Para além dos parâmetros clínicos da gravidade da alergia alimentar que, por vezes, se manifesta logo após o nascimento do bebé e que se articula, na maioria das vezes, com outras manifestações alérgicas, o jogo interrelacional evolui, também ele, no sentido da cronicidade, mantendo-se deste modo o desequilíbrio psicossomático.

A clínica médica explica-nos, com alguma simplicidade, que a doença alérgica alimentar carece da exclusão alimentar do respectivo alérgeno. Elucida-nos sobre as reacções, simples ou em cadeia, de índole sistémica, consequentes à ingestão do alérgeno e às terapêuticas individuais e pontuais respectivas que irão minimizar as reacções, quando previsíveis.

6.2. Hipóteses

As hipóteses em estudo são:

- Existem relações entre o funcionamento psicológico de cada mãe e certas características funcionais peculiares

do seu sistema familiar de origem, a respeito de modelos de interacções disfuncionais.

- Existem diferenças significativas entre os valores obtidos pelas mães nas várias escalas e os valores obtidos para a população portuguesa.
- Existem relações importantes e específicas entre o funcionamento psicológico da mãe e o funcionamento imunológico do seu filho.

Questão Orientadora:

No desenvolvimento psicológico das relações afectivas, emocionais e de vinculação de mães de rapazes alérgicos alimentares, existem aspectos, ou mesmo padrões relacionais stressantes, que são específicos e diferentes da população em geral. Estes, susceptibilizam experiências onde se alteram as relações interpessoais do contexto onde a criança cresce, que em paralelo com a informação genética, determinam, em grande parte, o estabelecimento das conexões neuronais infantis. À medida que a criança cresce, a sua experiência, que inicialmente é sobretudo corporal e socio-afectiva, resulta também dos processos de vinculação (Mota-Cardoso, 2001) com uma mãe emocionalmente menos colaborante e sintonizante que inibe o desenvolvimento de mecanismos reguladores internos no

self do seu filho, precipitando reacções psicobiológicas e uma aumentada vulnerabilidade ao adoecer.

7. METODOLOGIA

Definida a questão, os processos metodológicos processaram-se em duas fases fundamentais:

- A primeira, concentrou-se na definição da amostra de participantes e nos instrumentos a utilizar;
- A segunda, dedicou-se à recolha e tratamento dos dados.

7.1. Participantes

A autorização para a realização do estudo no Serviço de Alergologia da Clínica Pediátrica do Hospital de Santa Maria, foi solicitada ao seu Director, Professor António da Costa Trindade (Apêndice I), que desde logo o apoiou. Orientou então para a Directora do Serviço de Alergia Alimentar, Professora Leonor Camilo, que aceitou a presença e a participação na consulta, dando a sua colaboração não só a nível do convite feito às mães para participar no estudo, como nos dados clínicos dos respectivos filhos.

A todas as mães que disponibilizaram a sua participação, foi explicada, por questões éticas, rigorosamente, a natureza do estudo e o respectivo carácter voluntário. Deu-se também informação acerca da possibilidade de suspender a participação, se o desejassem, o que não aconteceu a nenhuma participante. Informou-se ainda acerca da metodologia a utilizar na investigação e da necessidade de efectuarem os testes psicológicos incluídos nos encontros a efectuar em momentos específicos.

Inicialmente a amostra era constituída por um grupo clínico de vinte e cinco pares de mães e filhos(as), dos doze meses aos quinze anos de idade, da consulta hospitalar de alergia alimentar infantil, que vinham ao referido serviço para a consulta semestral de seguimento, para a realização de testes de sensibilidade cutânea, ou ainda para uma primeira consulta. No entanto e devido aos problemas de diagnóstico diferencial, esta amostra foi reduzida para um grupo de seis diades, a partir de um grupo homogéneo de rapazes alérgicos alimentares. Como critérios de inclusão, consideraram-se: sexo masculino, idade compreendida entre os oito e os treze anos, vinda à consulta acompanhados exclusivamente pela mãe e composição e dinâmica familiar composta por ambos os pais (Quadro 7.1.A).

Quadro 7.1.A. - Características gerais da amostra dos filhos das Participantes

	Idade	Escolaridade	Irmãos com Alergia (idade)	Antecedentes Alérgicos
Filho A	9	4º Ano	Rapaz (6)	Pai e Mãe
Filho B	13	9º Ano	Rapariga (8)	Pai e Mãe
Filho C	9	5º Ano	Rapaz (22)	Mãe
Filho D	11	6º Ano	Rapariga não alérgica (4)	Mãe
Filho E	8	4º Ano	-	Mãe
Filho F	11	6º Ano	Rapaz (18)	Mãe

Procurou-se, assim, constituir uma amostra de participantes (Quadro 7.1.B.), mães de crianças com características mais ou menos semelhantes no respeitante ao tipo de alergia, ao sexo, ao grupo etário, ao acompanhamento para a consulta e à composição familiar, de modo a efectuar, posteriormente, o respectivo estudo exploratório.

Quadro 7.1.B. - Características gerais da amostra das Participantes

	Idade	Escolari dade	Actividade Profissional	Manifestações de tipo Alérgico	Antecedentes Familiares Alérgicos
Part. A	32	4º ano	Gerente Loja	Respiratórias Superiores	Não sabe
Part. B	42	9º ano	Doméstica	Respiratórias Superiores	Sim
Part. C	44	4º ano	Empregada Hotel	Respiratórias Superiores	Não sabe
Part. D	34	4º ano	Doméstica	Cutâneas	Não sabe
Part. E	35	6º ano	Empregada Doméstica	Respiratórias Alimentares Cutâneas	Não sabe
Part. F	39	6º ano	Esteticista	Respiratórias Superiores	Não sabe

A noção de que a representatividade da amostra pode impor limitações na metodologia, foi considerada. Todavia, o número de participantes avaliados, proporcionará tirar algumas conclusões, significativas, embora não generalizáveis.

A amostra de mães que deu suporte a esta investigação, foi, assim, constituída por seis participantes, cuja

avaliação psicológica foi controlada pelos dados obtidos na avaliação da população portuguesa (Canavarro, 1999).

7.2. Material e Métodos

Com a hipótese apresentada e dada a necessidade de se encontrar um procedimento adequado e respeitador da complexidade dos fenómenos em análise, a opção foi utilizar instrumentos de avaliação que fizessem apelo às memórias das participantes no sentido de avaliar as suas representações recentes do passado e do presente, mas que também fossem susceptíveis de indiciar alguma perturbação emocional.

A avaliação do mental, uma das mais importantes investigações das Ciências Sociais e Humanas, sempre se tem apresentado como complexa, dada a quantidade, a qualidade e os processos das vivências individuais se interrelacionarem. Reconheceu-se também que a procura exaustiva e pura do rigor, em metodologia, não se ajusta com a necessidade epistémica. Tentou-se descobrir relações, com alguma perfeição, mas tendo sobretudo em vista, a eficácia.

Elaborou-se uma metodologia de investigação não restringida a uma perspectiva quantitativa, que

proporcionasse também a possibilidade de uma apresentação sob um aspecto qualitativo do fenómeno psicossomático "envolvência / ambiência da alergia alimentar".

O formato do trabalho decorreu da constatação bibliográfica que as motivações, os esquemas mentais e os factores relacionais subjacentes à doença alérgica permanecem obscuros, apesar de se conhecerem terrenos de vulnerabilidade alérgica familiar e de se identificarem padrões típicos de funcionamento familiar que englobam elementos com doença psicossomática.

A metodologia utilizada no estudo exploratório incluiu:

- a anamnese clínica de cada filho alérgico, através de entrevista
- o desenho e compreensão do genossociograma de cada par filho-mãe, através de entrevista
- a anamnese através de entrevista e a avaliação psicológica de cada mãe participante através de um conjunto de escalas.

Ao procurar estudar relações de causalidade entre variáveis, os modelos teóricos evoluíram para modelos complexos e multifactoriais, respeitando a intervenção não só

do acaso, como a da interacção e ainda a de mecanismos que surgem como mediadores (Canavarro, 1999).

Além disso, esses modelos têm considerado também outros efeitos susceptíveis de interagir, pelo que a tendência integradora do conhecimento relativa aos modelos epistemológicos actuais, conduz a abordagens multidisciplinares, ponderando-se as influências de diversos factores que pertencem a disciplinas científicas diferentes, na explicação de um determinado resultado.

Idealmente, nestes estudos, a experimentação seria no meio natural do agregado familiar quotidiano, em casa, onde se vive a vida e se evidencia o sintoma em questão, mas a impossibilidade do controlo de um número enorme de variáveis, poria em risco a investigação, pelo que surgiu a necessidade de delimitar, conceptualmente, as fronteiras do problema.

A grande maioria das investigações que aborda o desenvolvimento das relações interpessoais no decorrer da vida, utiliza uma metodologia transversal, através das memórias dos indivíduos sobre as épocas passadas.

No entanto, surgiram críticas efectuadas a estudos que se realizaram recorrendo a material retrospectivo, como o primeiro instrumento construído para a avaliação da representação da vinculação do adulto relativa à sua

infância, a Adult Attachment Interview - AAI (George, Kaplan & Main, 1985, citados por Canavarro, 1999), elaborada no âmbito da teoria de Bowlby, por apenas reflectir a história de vinculação do indivíduo e não se poder inferir mais nada. Todavia, a validade da informação obtida através de métodos retrospectivos, também é defendida por McCrae e Costa, (1988, citados por Canavarro, 1997), por considerarem que a informação retrospectiva pode ser utilizada em substituição de material recolhido no passado, como se de um estudo longitudinal se tratasse. Embora se esteja num percurso inicial relativamente à exploração do tema da vinculação através da entrevista AAI, existem já referências na literatura, significativas e relevantes, desta linha de investigação empírica, que estimulam o desenvolvimento de investigações neste sentido. A AAI procura avaliar, na idade adulta, as experiências de vinculação durante a infância e os seus efeitos.

Os restantes instrumentos de avaliação utilizados em investigação para estudar o modelo da vinculação, como o questionário EVA que se utilizou neste estudo, pretendem avaliar o tipo de relações de vinculação que o adulto estabelece com os seus pares, na idade adulta. As relações de vinculação comportam habitualmente relações de reciprocidade com um par, podendo incluir padrões intermitentes de

complementaridade (Canavarro, 1999). Como a AAI utiliza procedimentos muito complexos que, segundo os seus autores, exigem formação prévia e posterior treino, ultrapassando o âmbito da nossa investigação, foi utilizada a EVA.

7.2.1. Instrumentos

Os instrumentos escolhidos para a recolha dos dados da avaliação psicológica individual das participantes que constituíram a amostra estudada, consistiram essencialmente em:

- *Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behavior, EMBU - Memórias de Infância*, na versão portuguesa
- *Family Circle Drawings, FDC - Desenho de Círculos da Família, DCF*, na versão portuguesa
- *Adult Attachment Scale - Escala de Vinculação do Adulto, EVA*, na versão portuguesa
- *Hopkins Symptom Distress Checklist-90-R, BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos*, na versão portuguesa.

Passa-se agora à descrição individualizada:

7.2.1.1. Inventory for Assessing Memories, *EMBU*

A versão portuguesa da *EMBU* (Canavarro, 1999) designa-se por *Memórias de Infância* e avalia a frequência das práticas educativas de cada um dos pais, em separado, durante a infância e adolescência da participante (Anexo 1).

A versão original da *EMBU* (C. Perris, et al. 1994), que tinha como língua o sueco, foi posteriormente adaptada por Arrindell et al. (1994), desenvolvendo-se então a forma abreviada adaptada por Canavarro (1999).

Este é, actualmente, um dos questionários mais referidos na literatura, de entre os instrumentos utilizados para avaliar as memórias que os adultos possuem das práticas educativas que ocorreram durante a infância e adolescência.

Prende-se com uma das questões mais antigas e importantes da Psicologia, ou seja, com o papel desempenhado pelo ambiente, neste caso, o ambiente educativo e afectivo, no desenvolvimento do indivíduo no seio da sua família de origem.

A versão portuguesa desta escala (Canavarro, 1999), *Memórias de Infância*, tem 23 itens, analisa três dimensões - Suporte Emocional, Rejeição, Sobreprotecção - e constitui uma

versão abreviada do Inventário original (Perris *et al.*, 1980), destinado a medir a frequência da ocorrência de determinadas práticas educativas, em relação ao pai e à mãe do indivíduo, separadamente, com um total de 81 itens.

Os itens agrupavam-se em 14 dimensões correspondentes a 14 tipos de práticas educativas: abuso, privação, punição, vergonha, rejeição, sobreprotecção, sobreenvolviemnto, tolerância, afeição, orientação para desempenho, indução de culpa, estratégias de estimulação, preferência em relação aos irmãos e preferência dos irmãos em relação ao indivíduo.

A autora da versão portuguesa afirma que esta forma abreviada mede as mesmas variáveis que a versão longa original e que esta investigação faz parte de um projecto transcultural, em desenvolvimento em 15 países.

Para analisar e quantificar a frequência das práticas educativas dos pais durante a infância e adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe em separado, é utilizada uma escala de tipo Likert, de quatro pontos, que vai desde "Não, nunca"(1), até "Sim, a maior parte do tempo"(4).

As três dimensões ou práticas educativas avaliadas, são:

1. Suporte Emocional, que consiste na gama de comportamentos dos pais em relação ao seu filho, que permitem que ele se sinta cómodo na presença daqueles e que lhe confirmem a ideia de que é aprovado por eles, como pessoa individual. "Esta dimensão é, operacionalmente, um somatório de comportamentos dos pais em relação aos filhos, tais como aprovação, encorajamento, ajuda, compensação, expressão verbal e física de amor e carinho" (Canavarro, 1999).

2. Rejeição, que consiste no conjunto de comportamentos dos pais que levam a alterar a vontade do seu filho e que são por ele percebidos como uma rejeição de si próprio como indivíduo. "Esta variável é, operacionalmente, resultante das frequências dos comportamentos dos pais como castigos físicos, privação de objectos ou privilégios ou aplicação directa da força, com o objectivo de influenciar o comportamento do filho, falta de consideração pelo ponto de vista do filho e das suas necessidades" (Canavarro, 1999).

3. Sobreprotecção, "reflecte o comportamento dos pais que se caracteriza por protecção (excessiva) de

experiências indutoras de stress e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades dos filhos e elevados padrões de realização em determinadas áreas, como por exemplo a escolar e imposição de regras rígidas às quais é exigida estrita obediência" (Canavarro, 1999).

Resumindo:

EMBU, original de 1980, de C. Perris, L. Jacobson, H. Lindstorm, L. von Knorring, H. Perris

81 itens que medem 14 tipos de Práticas Educativas, em relação ao pai e à mãe em separado, durante a infância e a adolescência do indivíduo

EMBU, adaptado em 1994, por Arrindell et al.

Memórias de Infância, forma abreviada, portuguesa, adaptada por Canavarro, em 1999

23 itens analisados através de uma escala de Likert de 4 pontos, de 1 até 4

Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção em relação ao pai e à mãe em separado, durante a infância e adolescência do indivíduo

7.2.1.2. Family Circle Drawings, *FDC*

É um instrumento construído com o objectivo de avaliar as relações de proximidade emocional que os indivíduos estabeleceram com os pais, em separado, ao longo dos estádios de desenvolvimento, desde o nascimento até à actualidade (S. Pipp, et al., 1985, citado por Canavarro, 1999). A versão

portuguesa é da mesma autora do *EMBU* e designa-se por *Desenhos de Círculos Representativos da Família, DCRE* ou *DCF* (Anexo II).

Consiste numa técnica de representação espacial, semi-projectiva, em que o indivíduo desempenha activamente o seu próprio papel, dado que lhe é solicitado que desenhe, dentro de um quadrado de três centímetros de lado, dois círculos que ilustrem a relação de proximidade emocional com cada um dos seus pais, separadamente. Para além disso, os desenhos realizam-se em quadrados separados, conforme vários períodos:

1. Do nascimento aos cinco anos ou relação precoce
2. Dos seis aos dez anos ou idade escolar
3. Dos onze aos quinze anos ou início da adolescência
4. Dos dezasseis aos vinte anos ou final da adolescência
5. Actualmente ou período actual da vida do indivíduo

Neste instrumento, introduziu-se pontualmente um item, no qual a participante representasse também e com a mesma técnica de desenho, o tipo de relação de proximidade emocional que estabeleceu com o seu filho, conforme os períodos:

1. Do nascimento até aos seis meses
2. Dos seis aos doze meses
3. Do ano aos dois anos
4. Dos dois aos cinco anos
5. Dos cinco anos até ao período actual da vida do filho.

Na versão portuguesa obtinham-se cinco desenhos com dois círculos separados, ou que se tocam, ou ainda que se intersectam, ou mesmo, que se sobrepõem, que representam a relação de proximidade emocional com a mãe e cinco desenhos que representam a relação com o pai, também nos cinco períodos designados. Os desenhos só eram feitos se os sujeitos tivessem, efectivamente, recordações dos respectivos períodos.

Neste estudo, devido à introdução da representação da relação de proximidade emocional da mãe com o filho alérgico, surgiram ainda mais cinco desenhos de dois círculos, que representam a relação da mãe com este filho alérgico, mas em períodos mais representativos e portanto mais curtos, desta mesma relação.

Na aplicação do *DCRF* à população portuguesa, optou-se por avaliar a relação com os pais através da medida da

distância, em milímetros, entre os centros dos dois círculos que:

- não se intersectam
- apenas se tocam
- intersectam-se parcialmente
- sobrepõem-se

Segundo Canavarro (1999), os estudos em que se baseou, revelaram, que para ambos os progenitores, a distância percebida entre os círculos aumenta ao longo da vida. Os estudos centraram-se na realização de estatísticas descritivas para os diferentes estádios, para a relação com o pai e com a mãe, em separado. Na sua opinião, esta técnica complementa a *EMBU*, dado que a participante pode, deste modo, perceber-se com um papel mais activo. Esta ideia foi também posta em prática neste estudo e confirmada.

Para avaliar a relação do indivíduo, em separado, com cada um dos pais, nas várias fases, solicitou-se que, aos indivíduos separados geograficamente dos pais, mas que mantiveram contactos com eles que lhes permitiram construir a história da respectiva relação, a representassem. O que se pretendeu foi que a proximidade geográfica não se confundisse com a proximidade emocional.

As médias, para cada um dos períodos etários, não revelaram, segundo Canavarro (1999), qualquer sensibilidade ao efeito do sexo. Por outro lado, a autora refere que, no seu estudo para a população portuguesa, que serve de referência e comparação ao presente estudo, analisadas as diferenças que a idade introduz na representação das relações com os pais, se verificou, apenas para o estádio correspondente a "actualmente", existirem, para a relação com

a mãe, diferenças significativas em função da idade. Facto que aponta para uma grande heterogeneidade na forma como, para este grupo etário, a relação com a mãe é percebida: para uns como sendo muito próxima e para outros como muito distante e para a percepção de que poderia haver informação contida no tipo de relação entre os círculos, ou seja, no seu grau de intersecção, dada a existência de padrões diferentes.

7.2.1.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Trata-se da versão portuguesa (Canavarro, 1999) da "Adult Attachment Scale", AAS-R, construída por Collins e Read (revista pelos mesmos autores, 1990). O seu objectivo era desenvolver o instrumento de três itens de Hazan e Shaver (1987, citado por Canavarro 1999), concebido para identificar os três padrões de vinculação mencionados na teoria da vinculação - Segura, Ansiosa e Evitante. A autora da versão portuguesa refere que Collins e Read desenvolveram as descrições de Hazan e Shaver e incluíram itens que descrevem padrões de vinculação na infância.

O instrumento avalia as relações afectivas do adulto com os pares e identifica três padrões de vinculação ou dimensões, designadas desde a concepção da escala por:

1. Vinculação Ansiosa, caracterizada pelo "desejo de manter os parceiros próximos, existindo hipervigilância a aspectos ligados a separação. A presença e disponibilidade dos parceiros é percebida como incerta"(Canavarro, 1999).

2. Vinculação Segura, caracterizada pelo "facto de as relações estabelecidas com parceiros ocorrerem facilmente. Estas são percebidas como respondendo às necessidades do próprio, quando necessário, proporcionando, desta forma, sensações de segurança e bem-estar"(Canavarro, 1999).

3. Vinculação Evitante, caracterizada por "estratégias de diminuição da importância da relação. Os parceiros são percebidos como fontes indutoras de stress e alvos de desconfiança" (Canavarro, 1999).

Para quantificar o tipo de relação predominante estabelecida pelo indivíduo, é utilizada uma escala de cinco pontos, de Likert, que vai de "Nada característico em mim"(1), a "Extremamente característico em mim"(5), (Anexo III).

Dado que os estudos psicométricos portugueses ainda não tinham sido publicados nesta fase da investigação, optou-se por utilizar os dados da estatística descritiva correspondentes à AAS-R.

7.2.1.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, *BSI*

A tradução portuguesa (Canavarro, 1999), inclui 53 itens. Este inventário multidimensional foi validado para a nossa população e utilizado noutras investigações nacionais, nomeadamente por Vaz Serra (1973, citado por Coelho, 1999), Mota Cardoso (1984, citado por Ouakinin, 2000), Coelho (1999) e Ouakinin (2000) e consiste num registo de auto-avaliação destinado a avaliar a perturbação psicológica. Mede nove dimensões de sintomas primários e três Índices Globais de Perturbação Psicológica. Foi construído como uma versão abreviada do Hopkins Symptom Distress Checklist-90-R, *SCL-90-R* de Derogatis (1977). O instrumento, à semelhança da *EMBU* e do *EVA*, também é de autopreenchimento e permite classificar o

grau em que cada problema afectou o indivíduo durante a última semana, através de uma escala de cinco pontos, de tipo Likert, que vai de "Nunca"(0), a "Muitíssimas vezes"(4), (Anexo IV).

Para além do valor de cada dimensão - Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo), ainda é possível retirar os três índices globais de perturbação psicológica:

- Índice Geral de Sintomas, IGS, que mede o actual nível global de perturbação psicológica e a sua intensidade. Obtém-se dividindo o somatório da pontuação total pelo número de itens da escala (53).
- Índice de (stresse de) Sintomas Positivos, ISP, evidencia a combinação da intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes. Obtém-se dividindo o somatório da pontuação total pelo número de itens classificados com nota superior a 0.
- Total de Sintomas Positivos, TSP, informa sobre o número de sintomas assinalados. Obtém-se contando os itens classificados com nota superior a 0.

Segundo o autor, o inventário avalia sintomas psicopatológicos através de nove dimensões de sintomatologia, descritas assim:

1. Somatização. Mostra a perturbação resultante da percepção do disfuncionamento somático, ou seja, evidencia queixas dirigidas a diferentes sistemas como o cardiovascular, o gastrointestinal, o respiratório ou outros associados ao sistema nervoso autónomo. Consideram-se também as dores e queixas musculares e equivalentes somáticos da ansiedade.
2. Obsessão-Compulsão. A dimensão reflecte os sintomas identificados com a síndrome obsessão-compulsão ao nível da cognição, dos impulsos e do comportamento, que são vividos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam de natureza indesejada. Nesta dimensão também estão incluídos os comportamentos que apontam para dificuldades cognitivas mais gerais.
3. Sensibilidade Interpessoal. Centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e incapacidade, nomeadamente em comparação com outras pessoas. As manifestações características desta dimensão são a

autodepreciação, a hesitação, o desconforto, a timidez e as expectativas negativas sentidas nas interrelações.

4. Depressão. Esta dimensão compõe-se de itens que reflectem o grande número de indicadores da depressão clínica. Estão incluídos os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida. Ainda inclui sentimentos de desespero e ideias de suicídio.
5. Ansiedade. Nesta dimensão estão representados indicadores gerais, tais como nervosismo e tensão. Também se incluíram sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, além das componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos da ansiedade.
6. Hostilidade. Nesta dimensão estão incluídos pensamentos, emoções e comportamentos característicos de estados afectivos negativos, que reflectem agressividade, irritabilidade, raiva e ressentimento.

7. Ansiedade Fóbica. A dimensão define-se como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que, sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento ou fuga. Os itens da ansiedade fóbica centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognómicas e disruptivas.

8. Ideação Paranóide. A dimensão representa o comportamento paranóide, fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e delírios, são vistos primariamente como reflexos desta perturbação.

9. Psicoticismo. Nesta dimensão os itens são indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como de sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e difusão do pensamento. Os itens são graduados desde o isolamento interpessoal ligeiro, até à evidência dramática da psicose.

É de evidenciar que Canavarro (1979) refere que, após verificação que todas as pontuações obtidas no *BSI* nas nove escalas e nos três índices gerais, permitem discriminar entre indivíduos perturbados emocionalmente e indivíduos pertencentes à população em geral, tentou estabelecer pontos de corte entre estes dois grupos, utilizando o *ISP* e obtendo o valor 1.7. Com base neste resultado, confirma-se que, com uma nota no *ISP* do *BSI* ≥ 1.7 , é provável encontrar pessoas perturbadas emocionalmente e abaixo desse valor, é provável encontrar indivíduos da população em geral.

Das contribuições para o estudo da validade deste instrumento, a autora evidencia, nomeadamente, a matriz de correlações entre as notas das nove dimensões de sintomatologia e as três notas globais. Todas as correlações são estatisticamente significativas. A variação das correlações indica que o aumento numa das dimensões da psicopatologia se encontra associado a aumentos em todas as outras dimensões. Todas as nove escalas apresentam correlações mais elevadas com as três notas globais de psicopatologia, do que entre si.

Analizadas as correlações mais elevadas de cada escala com as outras dimensões, verifica-se que:

- a Somatização se encontra preponderantemente ligada à Ansiedade, à Obsessão-compulsão, ao Psicoticismo e à Ansiedade Fóbica
- a Sensibilidade Interpessoal correlaciona-se de modo elevado com o Psicoticismo e com a Depressão
- a Hostilidade encontra-se mais ligada à Sensibilidade Interpessoal, ao Psicoticismo e à Ansiedade
- a Ansiedade Fóbica correlaciona-se com a Ansiedade
- a Ideação Paranóide com a sensibilidade Interpessoal
- o Psicoticismo liga-se, principalmente, à Depressão

Canavarro (1999) refere-se não só à confirmação da capacidade discriminativa deste instrumento, como aos seus fins preditivos, no sentido de se avaliar a capacidade do conjunto das escalas do *BSI* para prever a que grupo pertence cada indivíduo: aos indivíduos perturbados emocionalmente ou aos indivíduos da população em geral.

Conforme o previsto, observou-se que, para todas as escalas do *BSI* e para os três índices gerais, os indivíduos perturbados emocionalmente apresentavam valores mais elevados do que os indivíduos da população em geral.

Por outro lado, os indivíduos perturbados emocionalmente, quando comparados com os pertencentes à

população em geral, revelam maior número de psicossintomatologia, tal como é avaliada pelo *BSI* (Canavarro, 1999).

7.2.2. Procedimentos

A investigação referente à avaliação psicológica das mães que participaram na amostra e a colheita dos dados relativos às suas histórias clínicas e às dos respectivos filhos que permitiram os genossociogramas, foi totalmente realizada, numa relação individual, pela autora do estudo, através de vários encontros:

- **Um contacto inicial com mãe e filho**, imediatamente antes ou imediatamente após a consulta de alergologia alimentar do filho, no hospital, que se efectuou de acordo com alguns procedimentos específicos:
 1. Solicitação para a colaboração no estudo, explicação sobre a natureza do mesmo e sobre o tratamento dos dados, bem como garantia da completa confidencialidade das respostas.

2. Realização de um primeiro questionário, para enquadramento da situação clínica do filho alérgico (Apêndice III).

Posteriormente, procedeu-se a uma selecção efectuada ao grupo de filhos inicialmente contactados, de acordo com os critérios de inclusão já referidos no Quadro 7.1.A.

Passou-se, de imediato, à definição da amostra das mães participantes, constituída a partir da selecção dos filhos, referida no Quadro 7.1.B.

- **Um segundo contacto, apenas com a mãe, uma semana mais tarde, em que se realizou um processo minucioso composto por duas fases:**
 1. Situação de entrevista estruturada, com base num guião construído após uma reflexão conduzida pela pesquisa bibliográfica, para enquadramento das histórias pessoal, clínica, conjugal e familiar da participante (Apêndice IV), com desenho do respectivo genossociograma.
 2. Preenchimento dos questionários relativos à avaliação psicológica das relações afectivas, emocionais e de vinculação, de auto-resposta, com

instruções padronizadas e sempre na nossa presença, dada a eventual necessidade de algum esclarecimento a questões então surgidas.

- Num terceiro contacto, apenas com a mãe e passada novamente uma semana, colheram-se dados relativos a:
 1. Anamnese do filho (Apêndice V)
 2. Esclarecimento de aspectos e detalhes relacionais minuciosos das histórias recolhidas que não tinham ficado claros.

A sequência assim concebida, bem como a sequência de preenchimento dos questionários, foi estipulada de acordo com a ordem cronológica das relações. Primeiro, as relações afectivas das mães com a sua família de origem, na infância e na adolescência; depois, as relações afectivas estabelecidas, já adultas e com outros adultos e por último, as relações afectivas estabelecidas com o próprio filho. Sintetizando:

Primeiro Encontro	<ul style="list-style-type: none"> • Questões de ética • Enquadramento clínico do filho
Segundo Encontro	<ul style="list-style-type: none"> • Questionário • Genossociograma • <i>EMBU, DCRF, EVA e BSI</i>
Terceiro Encontro	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese do filho • Esclarecimentos finais

8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS INDIVIDUAIS

Independentemente de outro tipo de conclusões, a presente investigação aprofundou o conhecimento e elaborou quadros susceptíveis de sintetizar, integrar e evidenciar os dados nela obtidos.

Os resultados obtidos na avaliação das participantes foram inicialmente analisados caso a caso (Capítulo 8), no sentido de se explorar o funcionamento psicológico individual. Posteriormente, foram analisados em conjunto (Capítulo 9), no sentido de tornar possível identificar a presença de um padrão comportamental comum na amostra de participantes. Qualquer das análises teve sempre como referência os dados da população portuguesa (Canavarro, 1999).

Os resultados obtidos na avaliação caso a caso foram, numa primeira fase, analisados de forma quantitativa, por comparação com dados da estatística descritiva relativos à população portuguesa (Canavarro, 1999), através dos instrumentos:

- *EMBU*, versão de 1996

- *DCRF*, versão de 1997
- *BSI*, versão de 1993
- Relativamente ao *EVA*, os resultados foram analisados da mesma forma, mas por comparação com dados da estatística descritiva da revisão dos autores (Collins & Read, *AAS-R*, 1990), dado que os estudos psicométricos da versão portuguesa não estavam ainda publicados quando se efectuou esta análise.

Foi também realizada, numa segunda fase e ainda caso a caso, uma análise qualitativa, resultante da interpretação dos resultados obtidos:

- pelas divergências dos dados da avaliação psicológica de cada participante, relativamente aos valores obtidos nas adaptações para a população portuguesa em geral
- pelas informações detalhadas recolhidas no desenho de cada genossociograma
- pela interpretação da proximidade emocional percebida entre cada participante e o seu filho (item acrescentado, neste estudo, ao *DCRF*).

8.1. Caracterização Psicológica da Participante A

8.1.1. Caracterização da Família A

Participante A - 32 anos, gerente de loja, grau de instrução secundário. Teve alergia aos ácaros até à adolescência. Irmãos com alergias respiratórias e a medicamentos.

Marido de A - 35 anos, comerciante, grau de instrução secundário. Teve alergias alimentares. Os seus pais e irmãos têm alergias respiratórias.

1º Filho A - 9 anos. Alergias alimentares e aos ácaros. Pertencente à amostra.

2º Filho A - 6 anos. Alergia aos ácaros.

8.1.2. Anamnese do Filho A

Fase pré-natal - A Participante A, com 18 anos, sofreu um aborto aos três meses de gravidez e três meses depois do casamento. O filho A só nasceu "passados seis anos de desejos e tentativas".

Fase actual - Hoje considera que o filho, "tão especialmente desejado", cumpre as expectativas dos pais. É um menino de nove anos, considerado "muito alérgico", desde que nasceu.

Alergenos e sintomatologia - Ácaros, proteínas lácteas, carne de vaca, ovo, amêndoa e peixe, reagindo-lhes com edema da glote, falta de ar e crises de asma.

Gravidez e parto - Durou 42 semanas, com uma mãe sempre muito ansiosa e um pai "muito curioso". Como não havia sinais de parto, fez-se uma ecografia e foi induzida uma cesariana (nos dois filhos foi evidente uma incompatibilidade feto-pélvica), estando o bebé "preso por um pé". Nasceu com 4,420 Kg, 51 cm e Apgar oito, aos cinco minutos.

Convalescência da mãe - Foi problemática devido "a reacção à anestesia" e porque o bebé só queria mamar e "era muito puxão". No final da licença de parto, só queria "deitar-se da janela abaixo". Andava sempre cansada, tinha medo de estar sozinha e chorava bastante. Todavia, "como desejava muito ser mãe, adorou a experiência".

Ritmo do sono - Foi um bebé que sempre dormiu mal e sempre acompanhado da mãe, dado que esta não teve quaisquer ajudas. Quando a mãe recomeçou a actividade profissional, como se tratava de um negócio de família, o bebé acompanhava-a também durante o dia de trabalho. Hoje, criança, ainda gosta de se deitar tarde, resiste ao sono e quando acorda de noite, "vai para a cama da mãe".

Ritmo da alimentação - Rejeitou ser alimentado quando nasceu, pelo que a mãe refere "já nasceu alérgico". Depois passou a comer normalmente, tendo mamado até aos dezoito meses.

Ritmo da fala - Falou correctamente apenas aos seis anos, depois de ter tido terapia da fala.

Desenvolvimento psicomotor - Sentou-se e gatinhou cedo, respectivamente aos cinco e dez meses, andou ao ano e controlou os esfíncteres aos quinze meses. A dentição decorreu muito bem.

Início das manifestações alérgicas - A alergia às proteínas lácteas começou a manifestar-se à nascença, mas, aos quatro meses, nas primeiras papas, foi mais evidente. Como não bebia leite, não usou biberão (só veio a usar aos três anos, quando o irmão nasceu, para o imitar). Surgiram ainda as alergias aos ácaros, peixe, ovo, amêndoa e carne de vaca.

Desenvolvimento social e escolar - Foi cuidado apenas pela mãe, até aos quatro anos. Dos quatro aos cinco, teve uma ama em casa, que cuidou dos dois irmãos. Aos cinco anos, foi para o colégio e teve uma pneumonia, pelo que voltou a ficar em casa. Depois adaptou-se muito bem à escola e tem facilidade em aprender tudo, só que não se aplica e

desconcentra-se com facilidade. Em relação à educação, os pais acham que superprotegem um pouco a criança, mas que ela "dá bem a volta às situações".

Actividades - Praticava natação, que suspendeu, porque originava dificuldades respiratórias e rinoconjuntivite.

Características pessoais - É bem disposto, afectuoso, não é agressivo e não se sente facilmente frustrado quando lhe são impostos limites. Brinca regularmente com o irmão, primos e amigos, em casa ou na loja e é bastante autónomo. Quando sabe que tem razão, é perseverante até ao fim. É uma criança muito agitada e está sempre a falar. Refere-se que é muito preguiçoso e não aproveita as capacidades que tem. Por outro lado, é dito que é uma criança muito responsável e que cumpre perfeitamente as expectativas de um filho que já era desejado há vários anos.

História clínica - Até aos sete anos foi uma criança muito sacrificada, porque tinha "doença celíaca interrogada". Fez duas biópsias, tendo-se constatado que terá tido mesmo alergia ao glúten e não intolerância. As doenças infantis que teve, foram pegadas pelo irmão. Tirando as alergias e a asma, tem sido uma criança saudável.

Não se conseguem fazer as vacinas, porque lhes reage muito facilmente e porque a doença exige que se mantenha

diariamente a terapêutica medicamentosa. Por este facto, também, não tem apanhado infecções.

Já esteve internado cinco vezes. Na primeira, com edema da glote, tinha dezoito meses. A última foi aos cinco anos, quando teve a pneumonia.

À terapêutica medicamentosa que eventualmente faz sono e é retirada pelos pais, foi aconselhado que não se deve deixar de tomar, embora as tomas se devam organizar de acordo com o ritmo de vida da família.

A tosse persistente e a rinoconjuntivite, sinais de início de crise, quando medicadas, originam tonturas, vômitos e inchaço da língua. Quando a criança percebe que a crise de falta de ar vai surgir, entra em pânico, porque não é certa a sintomatologia que vai aparecer após a medicação. A mãe também começa a ficar ansiosa. O pai, embora partilhe da ansiedade do momento, "é mais aéreo".

É seguido na consulta mensalmente, porque é considerado "muito alérgico" e não semestralmente, como as crianças com alergias controladas. As crises principais são na Primavera e Outono.

Procura-se que tenha uma vida infantil comum, apesar da exclusão alimentar, que também é praticada pela mãe e pelo irmão mais novo, que também tem alergia aos ácaros.

Resumo - Esta problemática, ela própria ritmada - forte terreno alérgico, aborto, "infertilidade", parto provocado, depressão materna, sentimentos maternos ambivalentes, pai não participativo, hiperactividade e dificuldade de concentração, mãe que mantém uma forte ligação e cumplicidade em relação ao filho - tornou-se importante para a compreensão do desenvolvimento das relações afectivas da Participante A.

8.1.3. Entrevista e Genossociograma

A Participante A é uma mulher muito comunicativa e simpática, com o 9º ano de escolaridade e gerente de uma loja de dietética que pertence à família do marido e onde este também trabalha.

Antecedentes pessoais - A sua mãe tinha-se tornado uma pessoa doente aos 35 anos, na altura do nascimento do sexto filho, anterior a ela. O pai era um homem saudável. A família vivia num bairro de Lisboa com muitas árvores, mas muito húmido. Nenhum dos pais sofria dos nervos.

Nascimento - Quando se deu o seu próprio nascimento na maternidade, os médicos ignoravam que a mãe estivesse grávida. Na menopausa, ao ser operada a um grande mioma,

nasceu também a bebé, a sétima da frateria, "que se encontrava escondida pelo referido mioma".

Os cuidados eram dados por "três mães": a natural, uma cunhada de 20 anos, ainda sem filhos, que acabara de regressar do Ultramar com o marido, que era a mãe afectuosa e uma irmã de 18 anos, a mãe da logística.

Desenvolvimento infantil - A Participante A teve um desenvolvimento sem perturbações, excepto na linguagem, que foi mais atrasado, tendo sido uma criança bem disposta. As doenças foram as normais na infância.

História clínica infantil - Fez um traumatismo craniano aos três anos, por ter batido com a cabeça numa bicicleta, perdeu o conhecimento e entrou em coma por dois dias.

Até aos dezoito anos teve um diagnóstico de alergia aos ácaros, que se revelava nas mudanças de tempo. As crises de dificuldade respiratória que surgiam com a alergia, diminuíram, excepto aos treze anos, quando fez a mudança da idade. Aos dezoito, depois de namorar um ano, quando casou e se mudou da casa dos pais, desapareceram por completo. A mão dominante era a direita, não teve problemas de audição e usava óculos para o astigmatismo.

Escolaridade - Teve um bom percurso escolar e era uma estudante interessada. Passava sempre as férias com a família.

História clínica recente - Sente-se bem emocionalmente mas, há cerca de 10 anos teve alterações psicológicas, antes de conseguir engravidar deste primeiro filho. Hoje, sente-se realizada familiar e profissionalmente e considera-se uma mulher feliz no casamento.

Depois do parto do seu segundo filho, revelou-se na Participante A, o síndrome vertiginoso, com tonturas e problemas na coluna, tendo começado a usar lentes prismáticas.

Dinâmica familiar - As preocupações da família centram-se nas doenças dos filhos, principalmente deste, porque faz choque anafilático às proteínas lácteas.

Relação com o filho - A relação da Participante A com o filho é boa. Está educado em relação à alergia, sabendo excluir os alérgenos mas, como está a crescer e quer dar as suas opiniões, os pais também se preocupam que, nas afirmações do filho, quase pré-adolescente e que é muito "estarola", tenha alguma atitude mais imprevisível. Por outro lado, querem confiar na sua responsabilidade, que dizem, é muita.

8.1.4. Avaliação Psicológica da Participante A

8.1.4.1. Práticas Educativas, *EMBU*, Memórias de Infância

Relativamente aos resultados da estatística descritiva da população portuguesa para as pontuações da escala, a Participante A obteve, para dois dos factores estudados nesta escala, Suporte emocional e Rejeição, relativamente aos seus pais, em separado, valores situados dentro dos valores médios. Para o terceiro factor, Sobreprotecção, a Participante A obteve valores inferiores à média em relação ao pai e à mãe, separadamente (Quadro 8.1.4.1).

Quadro 8.1.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante A, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. A	14	19	8	11	10	11

No factor Suporte Emocional, a Participante A mostra que se sentiu confortável na presença de ambos os pais e estes

confirmaram-lhe a ideia de que era por eles aprovada como pessoa.

Na Rejeição, a Participante A mostra não ter sido levada a modificar a sua vontade e não se ter sentido rejeitada por nenhum dos seus pais.

A Sobreprotecção sentida em relação a ambos os pais, reflecte que os comportamentos materno e paterno, terão sido caracterizados por protecção excessiva de experiências indutoras de stresse e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades da filha, elevados padrões de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência.

Em relação à Sobreprotecção, refere particularmente que:

Ocasionalmente
- Gostava que o pai e a mãe se preocupassem menos com o que ela fazia.
- Ao chegar a casa, tinha de contar à mãe tudo o que tinha feito.
- O pai e a mãe não se preocupavam muito com as suas saídas.
- O pai e a mãe estipulavam limites sobre o que lhe era permitido e sobre o que não lhe era permitido fazer, que seguiam rigorosamente.

8.1.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF

Os dados obtidos no desenho de círculos representativos da proximidade emocional percebida em relação à mãe e ao pai, em separado, pela Participante A, apresentam-se no Quadro 8.A.4.2.

Quadro 8.1.4.2. Valores descritivos no DCRF para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado, e Valores da Part. A (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pai	Pop. Geral					
	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. A	6	6	4	Faleceu	-
Mãe	Pop. Geral					
	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. A	5	6	5	7.5	Faleceu

Este quadro evidencia que a proximidade emocional percebida pela Participante A:

Relativamente ao Pai
<ul style="list-style-type: none">- Além de ter tido sempre valores inferiores à média da população em geral, diminuiu no início da adolescência, contrariando o facto de esta aumentar ao longo do ciclo de vida na população em geral (Canavarro, 1997). Esta proximidade não é referida no desenho do genossociograma.- Os dois períodos iniciais foram representados por dois círculos tangentes, que se intersectam no período do início da adolescência. O pai faleceu no período do final da adolescência.- Os círculos apresentaram-se graficamente tangentes nos dois primeiros períodos e secantes no terceiro.
Relativamente à Mãe
<ul style="list-style-type: none">- Embora dentro da média da população em geral, a percepção da proximidade emocional aumentou na idade escolar, mas diminuiu no início da adolescência, passando a ser inferior à média da população em geral. Volta a aumentar no fim da adolescência, continuando a proximidade emocional a ser sentida como inferior à da média da população em geral, principalmente no período do início da adolescência.- Os círculos foram-se apresentando intersectados e, no fim da adolescência, tangentes.

Este facto, provavelmente, passa pela dificuldade que esta participante terá tido na sua identificação à figura feminina, tendo tido três figuras maternas presentes no seu desenvolvimento e pelas relações de Sobreprotecção sentidas pelas figuras parentais, que contribuíram para uma vinculação

Evitante estabelecida com os outros, como se verificará de seguida.

Na variante introduzida no estudo, da representação gráfica da proximidade emocional percebida por cada participante em relação ao seu próprio filho, analisa-se, no quadro 8.1.4.2(2), a proximidade percebida pela Participante A.

Quadro 8.1.4.2(2). Valores da Distância Emocional percebida pela Part. A em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0-6 Meses	6-12 Meses	1-2 Anos	3-5 Anos	Actualmente
Part. A	4	4	4	4	4

Este quadro permite-nos constatar que, à Participante A, ainda não foi possível diminuir a distância emocional em relação ao seu filho alérgico. Por outro lado, aos seus nove anos, (idade actual do filho) a proximidade emocional por ela percebida em relação aos seus pais, era maior do que a percebida, actualmente e relativamente ao seu filho.

8.1.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Trata-se de um instrumento de três itens, concebido para identificar os três padrões de vinculação do adulto, Ansiosa, Segura e Evitante. Relativamente aos resultados da estatística descritiva para a população portuguesa, para as pontuações da escala, a Participante A obteve valores dentro da média nos dois primeiros factores, Vinculação Ansiosa e Vinculação Segura e valores ligeiramente abaixo da média para a Vinculação Evitante (Quadro 8.1.4.3).

Quadro 8.1.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante A, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
Geral	DP	5.333	2.881	2.991
Participante A		14	14	9

No factor Vinculação Ansiosa, mostra que não se sente preocupada com a possibilidade de ser rejeitada. Na Vinculação Segura, a Participante A evidencia sentir-se confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas.

Pontualmente e relativamente à Vinculação Evitante, a Participante A revela que:

É característico em mim
- Ter dificuldade em sentir-me dependente dos outros nas situações em que necessito deles

O facto de nunca se ter detectado que a sua mãe estava grávida desta bebé, ou seja, a impossibilidade da mãe investir na sua gravidez, positiva ou negativamente e no bebé ideal, não estando nada previsto ou preparado para a sua recepção enquanto nascimento, não terá colaborado para que a Participante A se sentisse bem quando se encontra na dependência de alguém de quem necessita.

Por outro lado, a sua relação precoce com as três figuras maternas que refere:

- a mãe, doente e pouco presente, mas sobreprotectora;
- a irmã mais velha, a terceira na fratria, que desempenhava o papel da mãe funcional;
- a cunhada, que desempenhava o papel da mãe afectuosa;

parece ter contribuído bastante para este processo Evitante de dependência em relação aos outros. O facto de ter casado

cedo também o ilustra, embora venha a trabalhar como gerente na loja de dietética que pertence à família do marido.

A Vinculação Evitante é caracterizada por estratégias de diminuição da importância da relação. Os parceiros são percebidos como fontes indutoras de stresse e alvos de desconfiança.

8.1.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI

Utilizou-se o Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982), BSI, para procurar identificar sintomatologia psicopatológica na amostra de participantes.

Trata-se de um instrumento que avalia nove dimensões e três Índices Globais de perturbação psicológica. Em relação à estatística descritiva para as pontuações do BSI (Canavarro, 1997) a Participante A situa-se nos valores da população em geral, IPG, nas dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ideação Paranóide e Psicoticismo e entre os indivíduos com perturbação emocional, IPE, nas dimensões Somatização, Obsessão-compulsão, Ansiedade, Hostilidade e Ansiedade Fóbica (Quadro 8.1.4.4).

Quadro 8.1.4.4. Valores da Participante A obtidos no *BSI*, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio-Padrão)

Dimensões	Somati- zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. A	5	7	1	0	6	4	5	2	1

No que respeita às escalas parciais que apontam para Índice de Perturbação Emocional e relativamente à dimensão da Somatização, a Participante A refere que, na última semana:

Part. A	Somatização
Poucas vezes	- teve tonturas ou desmaios
	- teve vontade de vomitar ou mau estar do estômago
	- teve sensação de que lhe faltou o ar
	- teve calafrios ou afrontamentos
	- sentiu falta de forças em partes do corpo

Relativamente à dimensão da Obsessão-compulsão, a Participante A, refere que, na última semana:

Part. A	Obsessão-compulsão
Poucas vezes	- sentiu necessidade de verificar várias vezes o que fez - sentiu dificuldade em tomar decisões - teve dificuldade em concentrar-se
Algumas vezes	- teve dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes - teve dificuldade em fazer qualquer trabalho

Relativamente à dimensão Ansiedade, a Participante A refere que, na última semana:

Part. A	Ansiedade
Poucas vezes	- Teve ataques de terror ou pânico. - Se sentiu desassossegada, sem conseguir manter-se sentada quieta.
Algumas vezes	- Sentiu nervosismo ou tensão interior. - Sentiu-se em estado de tensão ou aflição.

Relativamente à dimensão Hostilidade, a Participante A, refere que, na última semana:

Part. A	Hostilidade
Poucas vezes	- Se aborreceu, teve impulsos de bater, ofender ou ferir alguém. - Teve vontade de destruir ou partir coisas. - Entrou facilmente em discussão ou irritou-se facilmente.

Relativamente à dimensão Ansiedade Fóbica, a Participante A refere que, na última semana:

Part. A	Ansiedade Fóbica
Poucas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Teve medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro. - Teve de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo. - Sentiu-se nervosa quando teve que ficar sozinha.
Algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiu-se mal no meio de multidões como lojas e cinemas.

A análise do B.S.I. mostra, relativamente aos três Índices Globais de Perturbação Psicológica:

Participante A	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Global IGS = 31/53=	0.58
Total de Sintomas Positivos	TSP = 26
Índice de Sintomas Positivos	ISP = 31/26 = 1.2

Todavia, como o ISP é inferior ao ponto de corte 1.7 (Canavarro, 1997), é provável que a Participante A pertença à população em geral, no que diz respeito à presença de sintomatologia psicopatológica e não ao grupo das pessoas perturbadas emocionalmente.

8.2. Caracterização Psicológica da Participante B

8.2.1. Caracterização da Família B

Participante B - 42 anos, doméstica, grau de instrução, secundário. Tem sinusite. O seu pai tinha rinite alérgica.

Marido de B - 41 anos, comerciante, grau de instrução, secundário. Suspeita-se que teve alergias alimentares. O seu pai e irmão têm rinite alérgica.

Filho B - 11 anos, 7 ° ano de escolaridade. Alérgico alimentar desde o nascimento; desde ao 9 anos que também é alérgico aos ácaros e ao pólen. Pertencente à amostra.

Filha B - 5 anos. Alérgica alimentar.

8.2.2 Anamnese do filho B

Fase pré-natal - "Um filho desejado e programado..." referem os pais que apareceram juntos para a realização da história clínica do seu filho alérgico, de 11 anos.

Gravidez e parto - Foi uma gravidez programada após dois anos de casamento, aos 28 anos da mãe, vivida com alegria, embora ansiosa, quer com o trabalho de contabilidade num escritório (que manteve até aos quatro anos e meio do filho), quer quanto às dúvidas sobre se tinha tido ou não,

anteriormente, a rubéola. No fim da gravidez, foi o inchaço dos pés e das pernas e dores na coluna, visto ter aumentado mais de 20 Kg.

O bebé nasceu de termo, 16 horas depois de se terem pronunciado as contracções. Houve dificuldade em processar-se a dilatação. Gerou-se uma grande ansiedade na mãe quando percebeu a atrapalhação do pessoal médico, pelo facto do bebé ser "cabeçudo como o avô Inácio (paterno)". "Ainda não estava todo cá fora, já vinha a chorar a todos os pulmões. De dia e de noite, não nos dava tréguas. Além de chorar, também gritava muito".

Nasceu com 3.500 Kg, 50 cm e uma pele muito escura; Apgar nove ao minuto e dez aos cinco minutos.

Convalescença da mãe - Ficou toda rasgada e teve dificuldade em recuperar, sempre com muitas dores (também na coluna) e nervosismo. O pai não investiu no bebé e a mãe cuidou dele praticamente sozinha.

Início das manifestações alérgicas - Alérgico às proteínas do leite desde que deram o primeiro biberão ao bebé, na maternidade, ainda sem o conhecimento dos pais. Ficou com uma diarreia de tipo engordurado e todo desidratado. Foi o início das complicações de saúde e da demora do diagnóstico.

Aos três meses e meio, quando foi para a ama, já endireitava a cabeça. Iniciou nesta altura a alimentação sólida, mas foi amamentado até aos oito meses. Nem sempre corria bem, porque, já nessa altura, respirava com muita dificuldade.

Alergenos e sintomatologia - Assim que começava a digestão, começava também o choro. A mãe refere que sentia que a amamentação fazia mal ao filho e decidiu, por si só, acabá-la, quando começou o eczema e a comichão e se diagnosticou a doença.

Relativamente aos aspectos de saúde, hoje considera-se que é alérgico alimentar desde que nasceu (proteínas do leite, ovo, corantes) manifestando também, aos doze anos, alergia ao pó da casa e ao pólen, com acessos de asma. Muitas febres altas, problemas de garganta e da esfera cutânea, em bebé. Depois esteve sempre controlado com medicação, todo o ano. Sempre que necessário, fez e faz cinesiterapia. Aos três anos, quando tinha falta de ar, pedia logo que o levassem ao hospital.

Ritmo da alimentação - Iniciou-se a exclusão alimentar e a introdução do leite e dos iogurtes de soja. Tinha sempre ajuda do adulto para se alimentar, porque demorava muito tempo a fazer a refeição.

Sempre comeu mal, sem apetite, com muitos momentos de conflito. Tem sido um rapaz magro, mas "com pernitias cheias". Há um mês atrás, nas férias de Verão, reapareceu o apetite e agora tem gosto pela comida. Quando vão para o Algarve, abre-lhe o apetite e melhora bastante da alergia.

Ritmo do sono - Sempre dormiu mal e agitado, até hoje; aos sete meses e meio mudou para o quarto individual, sem dificuldade, mas mantém-se a rotina da mãe ter que ir fechar a janela quando o filho se deita.

História clínica - Das doenças infantis, apenas teve a papeira. Nunca precisou de internamento. Apesar da regularidade da terapêutica, piora sempre na Primavera e no Outono. A zona onde moram é muito húmida e quando o filho adocece, é sinal certo de que o tempo vai mudar. Toma medicação todo o ano, dado que faz alergias mesmo a produtos antialérgicos.

Aos oito, nove meses, entortava muito um olho, sendo diagnosticado um estrabismo das duas vistas, pelo que aos 22 meses começou a andar de óculos. Aos doze anos deu-se como corrigido.

Desenvolvimento afectivo e social - Era um bebé que gostava de ser acarinhado e reagia ao embalo, fixando a mãe, no olhar. Explorava muito o ambiente, sorria espontaneamente

e reagia aos estímulos com excitação. Por outro lado, "teve sempre muitos tiques, estava sempre a coçar-se e isolava-se a um canto para se abanar, como um autista".

Desenvolvimento psicomotor - Sentou-se aos sete meses e desde aí, começou a balancear-se (estragando o parque) e a procurar os cantos. Ainda mantém esse hábito, embora menos acentuado, principalmente de noite, ao adormecer.

Gatinhou aos onze meses e andou aos dezassete, como os seus pais e a irmã mais nova. Aos dois anos controlou os esfíncteres. Era uma criança muito mexida e agitada, mas hoje consideram-no um rapaz calmo.

A dentição iniciou-se aos seis meses e meio. Adoecia cada vez que rompia um dente, com constipação, diarreia e problemas de garganta.

Ritmo da linguagem - Aos dois anos já falava bastante, embora não muito claro.

Escolaridade - Aos 33 meses fez uma adaptação ao infantário com "algumas dificuldades", relacionadas sempre com o facto de ser muito activo e naquela altura, agressivo. Aos cinco anos tinha mudado de casa e de infantário, embora na mesma zona, sem quaisquer perturbações, mostrando-se mais independente e autónomo. Tem feito judo e natação desde essa data.

A escolaridade tem sido regular, mas não gosta de estudar e sempre teve queixas de falta de concentração. "É desatento e hiperactivo (pelo que já foi à consulta de Psicologia), não gosta de aprender porque é tudo muito chato; o que é bom é jogar futebol". Nas aulas conversa muito, o que não acontece em casa.

Nascimento da irmã - Aos oito anos nasceu a irmã, também alérgica, mas foi tudo muito mais controlado e eficaz, dado o conhecimento da doença do irmão mais velho. O menino foi preparado para este acontecimento, que parece não ter sido vivido com sofrimento.

Características pessoais - Por vezes ainda chora, quando é frustrado. A mãe caracteriza-o como um rapaz muito activo, ansioso, nervoso, de óptimo relacionamento com os colegas e razoável com os adultos.

Quando se aproxima algum acontecimento diferente, fica muito ansioso e põe questões repetitivamente. Consideram-no introvertido e um pouco tímido, mas, separado dos pais, torna-se mais engraçado. Um pouco teimoso, não é agressivo e é meigo. Na rua onde vivem actualmente há muitas crianças da idade dele, mas ele tende a ir brincar com os mais novos.

Dinâmica familiar - O pai é comerciante e bombeiro na zona onde moram, dinamizando várias actividades sociais para

os moradores, principalmente para os jovens, sendo uma pessoa empenhada, reconhecida e querida.

Suspeita-se que o pai também tenha tido alergias alimentares, embora não diagnosticadas; o avô materno e um tio paterno têm rinite alérgica. A mãe tem sinusite.

Resumo - Evidente a alteração na organização dos ritmos alimentar, do sono, do choro, da estruturação do espaço e do tempo e mesmo da concentração. Os tiques, o coçar-se e abanar-se, a agitação e a agressividade, as semelhanças referidas com o autismo, indiciam as suas enormes dificuldades de adaptação comportamental. As grandes diferenças comportamentais em casa e fora dela, a presença constante da mãe, também indiciam características do desenvolvimento afectivo desta. Estrabismo desde bebé, curado aos 12 anos. Nesta altura foram também detectadas as últimas alergias, aos ácaros e ao pólen.

8.2.3 Entrevista e Genossociograma

A Participante B é uma mulher afável e extrovertida, com o antigo 5º ano do liceu e doméstica desde os quatro anos e meio do filho (anteriormente tinha trabalhado num escritório de contabilidade).

Antecedentes pessoais - O pai era uma pessoa nervosa e sofria de rinite alérgica.

Nascimento e desenvolvimento infantil - Filha única do casal, nasceu de parto normal e teve um desenvolvimento considerado normal. Andou aos 16 meses, foi amamentada até aos 18, falou cedo e esteve em casa com a mãe até ir para a escola, aos seis anos.

Comia normalmente, dormia muito bem e considera que foi uma criança feliz, embora tímida e envergonhada. Revela que, com a mania da independência, começou a trabalhar a sério aos 14 anos, mas, aos 17, voltou a estudar, de noite. Caracteriza-se como uma jovem meiga, interessada, desconfiada e muito selectiva. Viveu sempre com os pais e nunca se tinha separado deles até se casar.

História clínica - As doenças infantis que teve, foi o sarampo e a papeira, pelos seis anos; da rubéola não há certezas. Aos 17 anos começou a usar óculos. Sofre de sinusite.

Casamento - Namorou o marido durante três anos, casaram há quinze e consideram o seu relacionamento conjugal muito feliz.

Características pessoais - Considera-se uma pessoa um pouco ansiosa, de boa saúde, sem uma ambição profissional, tendo deixado o emprego por vontade própria.

Segunda gravidez - Na gravidez da filha, oito anos mais nova do que o irmão alérgico, já se fez alguma prevenção, principalmente alimentar, embora por sua iniciativa tenha feito o exame ao cordão umbilical. Apesar disso, quando a menina nasceu, foi-lhe dado um suplemento alimentar que provocou eritema do recém-nascido.

Dinâmica familiar - A sua preocupação com a doença do filho diminuiu à medida que as crises foram desaparecendo, estando a doença controlada com a medicação diária. As preocupações em relação ao filho dirigem-se agora ao confronto com novas crises: as da adolescência.

Todos os dias convivem de perto com a sogra e o cunhado e visitam os seus pais com alguma regularidade.

8.2.4. Avaliação Psicológica da Participante B

8.2.4.1 Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância

Quanto aos resultados da estatística descritiva da população portuguesa para as pontuações da escala, a Participante B obteve, para os factores Suporte Emocional e Rejeição, relativamente a ambos os pais, separadamente, valores que se situam na média em relação aos valores médios e respectivos desvios padrão. No terceiro factor que a escala analisa, a Sobreprotecção, a Participante B obteve valores médios em relação ao pai, mas valores inferiores à média em relação à mãe (Quadro 8.2.4.1).

Quadro 8.2.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante B, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. B	19	19	11	11	12	12

No factor Suporte Emocional a Participante B mostra que se sentiu confortável na presença de ambos os pais e estes confirmaram-lhe a ideia de que era por eles aprovada como pessoa.

Na Rejeição, a Participante B mostra não ter sido levada a modificar a sua vontade e não se ter sentido rejeitada por nenhum dos seus pais.

A Sobreprotecção, sentida apenas em relação à mãe, reflecte que o comportamento materno terá sido caracterizado por excessiva protecção de experiências indutoras de stresse e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades da filha e imposição de regras rígidas às quais foi exigida estrita obediência.

Evidencia-se que, no que respeita ao factor Sobreprotecção, a Participante B referiu que:

Ocasionalmente
- Ao chegar a casa, tinha que contar à mãe tudo o que tinha feito.
- Sentia que ambos os pais interferiam com tudo aquilo que fazia.
- A ansiedade do pai de que alguma coisa lhe pudesse acontecer, era exagerada.

Frequentemente	
-	A ansiedade da mãe de que alguma coisa lhe pudesse acontecer, era exagerada.
-	O pai e a mãe proibiam-na de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas, por terem medo que lhe pudesse acontecer alguma coisa.

8.2.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF

Os dados obtidos no desenho de círculos representativos da proximidade emocional percebida em relação à mãe e ao pai, em separado, pela Participante B, apresentam-se no Quadro 8.2.4.2.

Quadro 8.2.4.2. Valores descritivos no DCRF para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado e Valores da Part. B (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pop. Geral						
Pai	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. B	7	7.5	6.5	11.5	6.5
Pop. Geral						
Mãe	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. B	6	8	6	5.5	5.5

Neste quadro torna-se relevante que a proximidade emocional percebida pela Participante B:

Relativamente ao pai
<ul style="list-style-type: none">- Oscila ligeiramente nos três primeiros períodos, à volta de valores inferiores mas muito próximos da média da população em geral, aumentando no fim da adolescência. Actualmente, a proximidade emocional é percebida como bastante inferior aos valores da média da população em geral.- Os círculos apresentaram-se sempre tangentes, excepto no período do fim da adolescência, que se encontram separados.

Relativamente à mãe
<ul style="list-style-type: none">- Os valores apresentaram-se dentro dos valores médios da população em geral nos três primeiros períodos, vindo a apresentar valores inferiores nos dois períodos finais, revelando uma proximidade emocional mais pronunciada nestes dois períodos (contrariamente ao constatado por Canavarro, 1997).- Os círculos apresentam-se tangentes nos dois primeiros períodos, e secantes nos restantes.

Quanto à proximidade emocional percebida pela Participante B em relação ao seu filho alérgico, tem vindo a aumentar gradualmente no decorrer dos períodos considerados.

Quadro 8.2.4.2(2). Valores da Distância percebida pela Part. B em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0-6 Meses	6-12 Meses	1-2 Anos	3-5 Anos	Actualmente
Part. B	4.5	4.5	6	6	9

O filho B está no início da adolescência e a mãe referiu-se a confrontos actuais, sentindo-o mais afastado do que em criança. Na mesma época da sua vida, a proximidade emocional da Participante B em relação aos seus pais, era menor do que a actualmente percebida em relação ao seu filho.

8.2.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Na identificação dos três padrões de vinculação do adulto, Ansiosa, Segura e Evitante, a Participante B obteve (Quadro 8.2.4.3), para os três factores, valores que correspondem aos valores médios da população em geral.

Quadro 8.2.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante B, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
Geral	DP	5.333	2.881	2.991
Participante B		15	13	15

O quadro evidencia que a Participante B, através da vinculação Ansiosa, não se sentiu preocupada com a possibilidade de ser rejeitada; no factor da vinculação Segura, sentiu-se confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas e na vinculação Evitante, sentiu poder depender dos outros nas situações em que necessitava deles.

8.2.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, *BSI*

Em relação aos valores da estatística descritiva para as pontuações do *BSI* (Canavarro, 1997) e ao procurar identificar sintomatologia psicopatológica, a Participante B situa-se nos valores da população em geral, *IPG*, nas dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade e Ansiedade Fóbica.

Nas outras dimensões do Inventário como Somatização, Obsessão-compulsão, Ansiedade, Ideação Paranóide e Psicoticismo, a Participante B situa-se entre os indivíduos com perturbação emocional, *IPE*.

Quadro 8.2.4.4. Valores da Participante B obtidos no *BSI*, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio-Padrão)

Dimensões	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. B	4	5	1	2	4	2	0	3	4

No que respeita às escalas parciais que apontam para provável Índice de Perturbação Emocional e relativamente à dimensão da Somatização, a Participante B refere que, na última semana:

Part. B	Somatização
Poucas vezes	- Teve desmaios ou tonturas.
Muitas vezes	- Teve falta de forças em partes do corpo.

Na dimensão da Obsessão-compulsão, a Participante B refere que na última semana:

Part. B	Obsessão-compulsão
Poucas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Teve dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes. - Sentiu necessidade de verificar várias vezes o que fazia. - Teve dificuldade em tomar decisões. - Teve sensação de vazio na cabeça. - Teve dificuldade em concentrar-se.

Quanto à dimensão Ansiedade, a Participante B refere que, na última semana:

Part. B	Ansiedade
Poucas vezes	- Se sentiu em estado de aflição ou tensão.
Muitas vezes	- Sentiu nervosismo ou tensão interior.

Relativamente à dimensão da Ideação Paranóide, a Participante B refere que, na última semana:

Part. B	Ideação Paranóide
Poucas vezes	- Sentiu que não podia confiar na maioria das pessoas.
Algumas vezes	- Sentiu que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.

Na dimensão Psicoticismo, a Participante B refere que, na última semana:

Part. B	Psicoticismo
Poucas vezes	- Se sentiu sozinha mesmo quando estava com mais pessoas. - Teve grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa.
Algumas vezes	- Teve a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.

A análise do *BSI* da Participante B evidencia que, relativamente aos três Índices Globais de Perturbação Psicológica.

Participante B	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Global	IGS = $28/53 = 0.53$
Total de Sintomas Positivos	TSP = 22
Índice de Sintomas Positivos	ISP = $28/22 = 1.3$

Como o ISP obtido, 1.3, é inferior a 1.7 considerado como o ponto de corte entre população em geral e indivíduos perturbados emocionalmente (Canavarro, 1999), é provável que a Participante B pertença à população em geral no que respeita à presença de sintomatologia psicopatológica e não ao grupo de pessoas perturbadas emocionalmente.

8.3. Caracterização Psicológica da Participante C

8.3.1. Caracterização da Família C

Participante C - 44 anos, empregada de hotelaria, grau de instrução primário. Alergias respiratórias na infância e provavelmente alimentares na adolescência.

Marido de C - 50 anos, grau de instrução primário, pasteleiro.

1º Filho C - 22 anos. Alergias respiratórias.

2º Filho C - 9 anos. Alergias respiratórias e alimentares. Pertencente à amostra.

8.3.2. Anamnese do Filho C

Antecedentes - Quando a mãe engravidou pela segunda vez, o filho mais velho, com 12 anos, rejeitou esta gravidez.

Fase pré-natal - A gravidez em relação ao segundo filho não foi desejada pela mãe, embora fosse posteriormente aceite.

Gravidez e parto - Foram 40 semanas de vômitos. O parto foi complicado para o bebê, que sofreu muito e para a mãe, que ficou muito magoada. O bebê nasceu todo negro e com dois hematomas na cabeça, que persistiram até aos quatro meses.

Reagiu, logo à nascença, com intolerância aos produtos de higiene do recém-nascido.

Convalescença da mãe - A sua recuperação foi difícil, com os intestinos presos, febre e peito encaroçado.

Ritmo da alimentação - O aleitamento materno como alimentação única, foi até aos sete meses, porque aos três meses começaram a introduzir os vários leites aos quais o bebé reagia sempre mal, aparecendo manchas, vômitos e um maior agarrar à mama. Quando provou uma colher de chá de leite de vaca, incharam-lhe muito os olhos e apanharam um grande susto. Desde essa data, perdeu completamente a cor rosada que sempre tinha tido. Mamou até aos cinco anos.

Para comer, a mãe andava sempre atrás dele. Era muito magro e até aos seis meses, emagrecia em cada crise e demorava a recuperar o peso. Só comeu pela sua mão quando foi para a escola. Actualmente é um rapaz gorducho, "mas porque tomou um medicamento que o engordou e nunca mais emagreceu". "Se agora perde um quilo, ganha logo dois".

Ritmo do sono - Dormiu bem até se declarar a alergia, aos sete meses. A partir daí, tapa-se o nariz, ressona, fala alto, mexe-se e destapa-se constantemente. Durante o sono respira muito mal e acorda devido a esse facto.

Alergenos e sintomatologia - É alérgico às proteínas lácteas, atmosferas húmidas, principalmente nevoeiro, ácaros, fumos e cheiros activos.

História clínica - Esteve internado por duas vezes aos quinze meses, com falta de ar, asma, tosse, edema e manchas vermelhas com pico branco no meio, que surgiam na pele, dando muita comichão e mau estar. Nestas primeiras crises de asma que o levavam a ficar internado, piorava no hospital, por não ceder à medicação, ficando muito prostrado. Chorava muito com as batas brancas e pensa-se que se deprimia bastante.

Desenvolvimento psicomotor - Fez um desenvolvimento psicomotor adequado mas, "se a mãe está por perto, tenho que ser eu a apertar-lhe os botões, porque ele quer". Sofreu muito desde os nove meses com o nascimento de cada dente.

Escolaridade - quando foi para a escola, foi a primeira vez que mãe e filho se separaram. Nos dois primeiros dias, a mãe esteve sempre na escola com o filho.

A adaptação foi complicada, embora sem dificuldades de aprendizagem e aprecia a Matemática. O resto, como a Língua Portuguesa e o Meio Físico, "é mais complicado".

Características pessoais - É considerado uma criança muito activa e nervosa, ansiosa, mais ou menos meiga e mais ou menos agressiva. Não tem dificuldade em estabelecer boas

relações com todos, mas anda sempre acompanhado da mãe ou do irmão mais velho, também alérgico. Sabe evitar os alérgenos alimentares, mas piora sempre no Outono e na Primavera.

"Afimial foi muito bom nascer este segundo filho".

Resumo - a demora do diagnóstico, a presença e hipervigilância da mãe em relação ao filho e a respectiva dificuldade na autonomia, o facto de nunca se falar do pai, a ansiedade e o nervosismo, são importantes para a compreensão do desenvolvimento das relações afectivas da Participante C. A referência da prostração e de fraqueza nesta doença, associa-se à reduzida tolerância aos esforços digestivos, emocionais e cognitivos, comuns na doença. A alteração na organização dos ritmos do sono e da alimentação e a dificuldade na aquisição da autonomia do filho C, também se evidenciam.

8.3.3. Entrevista e Genossociograma

A Participante C é uma mulher de 44 anos, triste, com o quarto ano de escolaridade e empregada num café onde o marido é pasteleiro.

Antecedentes pessoais - É a mais nova de três irmãos (um rapaz mais velho oito anos e uma rapariga mais velha quatro

anos) e terceira filha de um casal que se namorava. A Participante C considera-se filha de pai incógnito, apesar deste ser o namorado da mãe e o pai dos seus dois irmãos.

Viveu na aldeia com a mãe, a avó materna e os irmãos e nunca chegou a viver ou dar-se com o pai. Este casou-se com outra mulher e quando a Participante C nasceu, nasceram deste casal, dois gémeos.

Tanto a mãe, como o pai, eram pessoas calmas. Refere que nunca esteve doente dos nervos ou precisou de fazer tratamento psicológico.

Nascimento - Nasceu em casa, de parto natural. A evolução da bebé foi boa e a da mãe também. Não sabe detalhes do aleitamento, mas refere que se alimentavam do leite das vacas da aldeia.

Desenvolvimento infantil - Andou cedo, aos oito meses e ignora com que idade começou a falar. Houve dificuldades com a alimentação, porque só comia o que lhe agradava. Não havia sequer carne ou peixe, comia-se o que havia na aldeia. Define-se como uma criança normal, saudável, que fazia birras e que gostava de andar atrás da mãe.

Escolaridade - frequentou até ao 4º ano de escolaridade. Teve grande interesse pela aprendizagem e escolaridade,

apesar de não ser inteligente. Gostava que os irmãos mais velhos lhe ensinassem o que sabiam.

História clínica - A aldeia era isolada e não havia tratamentos médicos. Teve sarampo, varicela e rubéola. Pensa que teve alergias respiratórias, porque, no Outono e na Primavera, fazia borbulhas na pele, coçava-se e ficava toda ferida e com cicatrizes. Também havia alturas no ano em que tinha tosses secas, sem expectoração. Na adolescência, deve ter tido alergias alimentares.

Nunca teve problemas de visão nem de audição e usa predominantemente a mão direita.

Hoje apenas se constipa, o que lhe ataca os ouvidos.

Dinâmica familiar - Namorou o actual marido durante um ano, por carta e estão casados há 25 anos. Têm um filho mais velho, de 22 anos, também alérgico e este de 9 anos, que pertence à amostra. Considera o seu casamento perfeito, diz entenderem-se perfeitamente e nunca discutirem.

Tem um grande desgosto por não ter vivido e dar-se com o pai. Acha-se parecida com ele e sente que gostaria muito dele. Sente-se realizada profissionalmente, choca-lhe as drogas e considera-se uma pessoa equilibrada emocionalmente, embora dependa muito dos ambientes.

Relação mãe-filho - Em relação à doença do filho, "se se mantiver assim pela vida, vai ser preocupante". "A mãe bate sempre na mesma tecla, do que pode e não pode comer, mas a criança satura-se, porque já sabe fazer a exclusão alimentar". Actualmente, mãe e filho estão sempre em desacordo e a teimar. A mãe acha que o sumo deve ser natural, ele quer fresco. A consequência é que fica logo a pingar do nariz. "Ele quer é ir para a rua brincar mas eu não me posso ver sem ele".

8.3.4. Avaliação Psicológica da Participante C

8.3.4.1. Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância

Como nunca se relacionou com o pai, a Participante C respondeu apenas aos itens que se referiam à mãe. Relativamente aos resultados da estatística descritiva da população portuguesa para as pontuações desta escala, a Participante C obteve, nesta escala, valores dentro da média para o factor Suporte Emocional. No factor Rejeição, em relação à mãe e no outro factor, Sobreprotecção, também em relação à mãe, obteve valores abaixo da média da população em geral.

Quadro 8.3.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante C, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. C	-	22	-	9	-	11

No factor Suporte Emocional a Participante C mostra que se sentiu confortável na presença da mãe e esta confirmou-lhe a ideia de que era por ela aprovada como pessoa.

Na Rejeição, a Participante C mostra ter sido levada a modificar a sua vontade e ter-se sentido rejeitada pela sua mãe.

Em relação ao factor Sobreprotecção, a Participante C refere particularmente que:

Frequentemente
- A mãe preocupava-se com tudo aquilo que ela fazia.
- A mãe estipulava limites sobre o que lhe era permitido e sobre o que não lhe era permitido fazer, que seguia rigorosamente.

O que reflecte que o comportamento materno terá sido caracterizado não só por tendência a modificar a vontade da filha, sentindo esta uma rejeição de si própria como indivíduo, mas também por um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades da filha, elevados padrões de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência.

8.3.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF

Quadro 8.3.4.2. Valores descritivos no *DCRF* para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado e Valores da Part. C (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pop. Geral						
Pai	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. C	30	30	30	30	30
Pop. Geral						
Mãe	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. C	4	4	4	4	4

No quadro 8.3.4.2. é evidente que a proximidade emocional percebida pela Participante C:

Relativamente ao pai
<ul style="list-style-type: none">- É sempre a mesma, muito superior aos valores médios da população em geral.- Em termos de representação gráfica, consiste sempre em dois círculos afastados e colocados obliquamente nos cantos do quadrado, representando a sua relação emocional com o pai, como ausente.
Relativamente à mãe
<ul style="list-style-type: none">- A percepção da sua proximidade emocional também se tem mantido sempre constante, desde o início da sua vida até à actualidade, sem quaisquer alterações, quer na idade escolar, quer na adolescência.- Graficamente, esta proximidade é sempre representada de igual modo (como no pai), mas agora, por dois círculos secantes.

Contrariamente aos resultados obtidos para a população em geral (Canavarro, 1997), a percepção da proximidade emocional da Participante C, não vai aumentando ao longo do ciclo de vida.

Por outro lado, a proximidade emocional percebida no período infantil corresponde à média da população em geral, enquanto que, nos períodos posteriores, ela é percebida como inferior aos valores médios.

Em relação ao filho, no quadro 8.C.4.2(2), esta proximidade emocional é percebida de modo semelhante à que existiu entre a Participante C e a sua própria mãe.

Quadro 8.3.4.2(2). Valores da Distância percebida pela Participante C em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0 - 6 Meses	6 - 12 Meses	1 - 2 Anos	3 - 5 Anos	Actualmente
Part. C	4	4	4.5	4	5.5

A percepção da proximidade emocional é representada graficamente por dois círculos bastante secantes que, no período actual, se afastam e tornam quase tangentes. Como referido anteriormente pela Participante C, só na escola, é que mãe e filho se separaram.

Esta dificuldade da mãe dar autonomia e permitir a independência natural ao seu filho passa, provavelmente e também, pela sua realidade histórica e de sofrimento devido à ausência do seu próprio pai - afastar-se de alguém, é perdê-lo.

8.3.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Neste instrumento concebido para identificar os três padrões de vinculação do adulto, Ansiosa, Segura e Evitante, a Participante C obteve valores dentro da média nos dois primeiros factores, Vinculação Ansiosa e Vinculação Segura.

No terceiro factor, Vinculação Evitante, obteve valores superiores aos da população em geral.

Quadro 8.3.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante C, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
Geral	DP	5.333	2.881	2.991
Participante C		19	13	16

O significado destes resultados é que, por um lado, a Participante C se sentiu confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas (vinculação segura) e não se sentiu preocupada com o facto de ser rejeitada (vinculação ansiosa), por outro. Mas, relativamente ao facto de sentir poder depender dos outros em situações de necessidade (vinculação evitante), foi-lhe muito difícil.

Especificamente, a Participante C refere que:

É característico em mim
- Ter dificuldade em sentir-me dependente dos outros.
- Que os meus parceiros desejem frequentemente que eu esteja mais próxima deles do que eu me sinto confortável em estar.
É muito característico em mim
- Ficar incomodada quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.
- Achar difícil confiar completamente nos outros.

É evidente na Participante C, a necessidade de manter fixa (próxima ou afastada, conforme os casos) a proximidade emocional em relação aos outros. Deste modo, pensa proteger-se da sua enorme desconfiança em relação aos outros.

8.3.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI

No instrumento que avalia e identifica nove dimensões de sintomatologia psicopatológica e três Índices Globais de Perturbação Psicológica, a Participante C obteve resultados que constam no quadro seguinte, 8.3.4.4.

Quadro 8.3.4.4. Valores da Participante C obtidos no BSI, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio- Padrão)

Dimensões	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. C	5	8	1	4	6	1	7	4	2

A análise deste quadro relativamente às escalas parciais do Inventário, revela que a Participante C obteve valores dentro da média da população em geral, IPG, apenas nos

factores Sensibilidade Interpessoal e Hostilidade. Nas outras sete dimensões, obtém valores que indicam índice de perturbação emocional, IPE.

Por outro lado e de um modo particular, a Participante C refere que, relativamente à dimensão Somatização, na última semana:

Part. C	Somatização
Poucas vezes	- Teve sensação de anestesia no corpo.
Algumas vezes	- Teve sensações de que lhe falta o ar. - Teve falta de forças em partes do corpo.

Quanto à dimensão Obsessão-compulsão, a Participante C refere que, na última semana:

Part. C	Obsessão-compulsão
Algumas vezes	- Sentiu necessidade de verificar várias vezes o que fazia. - Teve dificuldade em tomar decisões. - Teve sensação de vazio na cabeça. - Teve dificuldade em concentrar-se.

Na dimensão Depressão, a Participante C refere que, na última semana:

Part. C	Depressão
Algumas vezes	- Sentiu-se triste.

Relativamente à dimensão Ansiedade, refere que na última semana:

Part. C	Ansiedade
Algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Teve um medo súbito, tipo angústia, sem razão para isso. - Foi incomodada por nervosismo ou tensão interior. - Sentiu-se em estado de tensão ou aflição.

Na dimensão Ansiedade Fóbica, a Participante C refere que, na última semana:

Part. C	Ansiedade Fóbica
Algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Teve de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo. - Sentiu medo na rua ou praças públicas.
Muitas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Foi incomodada por medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.

Relativamente à dimensão Ideação Paranóide, refere que na última semana:

Part. C	Ideação Paranóide
Algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiu que não podia confiar na maioria das pessoas.

No que respeita à dimensão Psicoticismo, a Participante C refere que, na última semana:

Part. C	Psicoticismo
Poucas vezes	- Foi incomodada pela impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.
	- Foi incomodada pela impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.

A análise dos Índices Globais de Perturbação Psicológica revelada pelo Inventário correspondente à Participante C, revela:

Participante C	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Global IGS = 40/53 = 0.75	
Total de Sintomas Positivos	TSP = 25
Índice de Sintomas Positivos	ISP = 40/25 = 1.6

O que mostra que é provável que a Participante C se encontre no grupo constituído pela população em geral. Todavia, como o ponto de corte é = ou > a 1.7, esta Participante situa-se muito perto do grupo de pessoas com perturbação emocional.

8.4. Caracterização Psicológica da Participante D

8.4.1. Caracterização da Família D

Participante D - 34 anos, doméstica, grau de instrução primário. Urticária até aos 18 anos.

Marido D - 36 anos, grau de instrução secundário.

Filho D - 11 anos. Pertencente à amostra. Alergia alimentar às proteínas lácteas, cacau e morangos.

Filha D - 4 anos.

8.4.2. Anamnese do Filho D

Fase pré-natal - A mãe não queria ainda ser mãe e ficou contrariada com a gravidez, porque queria empregar-se.

Gravidez e parto - O primeiro trimestre da gravidez foi difícil, choroso e com muitos enjoos. Teve uma ameaça de aborto aos quatro meses porque não se alimentava e trabalhava muito.

O parto foi natural, três semanas antes da data prevista. "Depois já foi uma sensação boa e senti amor pelo meu filho". O bebé tinha 3.050 Kg e 52 cm de comprimento.

Alergenos e sintomatologia - O bebé manifestou sinais de alergia às proteínas do leite quando se introduziram as farinhas lácteas na alimentação, causando vómitos. Posteriormente, os iogurtes também foram rejeitados, surgindo reacções cutâneas. Com o passar do tempo, desaparecia a reacção cutânea, que dava lugar a rinoconjuntivite e a uma tosse muito profunda. O leite com chocolate deixava-o ensonado, hipotónico, com pieira e falta de ar.

Ritmo da alimentação - Alimentado ao peito até aos dois anos, porque a mãe não tinha coragem para o desmamar. Dado que a mãe continuava magra e fraca, a criança foi forçada ao desmame e levada temporariamente para a aldeia pela avó materna.

Ritmo do sono - Em bebé, dormia bem, mas sempre com pesadelos e gritos nocturnos. Quando voltou de casa da avó materna, passou a ter o seu quarto individual. Actualmente tem uma grande dificuldade em adormecer, com tendência para se deitar tarde e acordar várias vezes durante a noite.

Desenvolvimento psicomotor - Aguentou-se sentado aos dez meses e aos treze andou sozinho. Na mudança de casa, ao ano, evoluiu muito. Foi trapalhão e lento na linguagem, tenso, só falado correctamente quando foi para a escola.

O desenvolvimento psicomotor foi ligeiramente tardio, excepto no controlo dos esfíncteres. Foi sempre muito mexido e ansioso.

Escolaridade - A entrada na escola foi logo a seguir ao nascimento da irmã, tendo-se mostrado muito responsável, principalmente nas idas e vindas, que fazia sozinho. Os professores sempre se queixaram das dificuldades de concentração da criança. Teve algumas dificuldades na aprendizagem da leitura e da escrita.

História clínica - Os testes clínicos que tinha feito anteriormente não acusavam alergia às proteínas do leite, pelo que o menino ainda nunca tinha sido adequadamente medicado nem orientado. Aos três anos informaram que "aquelas alergias iam passar aos seis, sete anos" e que deveria ir introduzindo, gradualmente, na alimentação, o cacau, o leite e derivados e os morangos.

Actualmente, mesmo sem ingerir qualquer produto lácteo, anda sempre com tosse e rinoconjuntivite, seja em que estação do ano for. Em esforço, como na ginástica ou na risota, fica imediatamente com falta de ar. Não piora em períodos específicos do ano.

Com 11 anos, menino franzino, acabou então de fazer a sua primeira consulta em Alergia Alimentar e os testes feitos

nesse mesmo dia, confirmaram a alergia. Estava há dois anos sem consumir leite e derivados ou substitutos.

Características pessoais - É considerada uma criança muito activa, sempre a mexer-se e a correr, ansiosa e meiga, de bom relacionamento com todos. A mãe acrescenta ainda que ele é influenciável, ingénuo, não é teimoso, mas é persistente.

Dinâmica familiar - O pai, polícia, ralha por tudo e por nada. A mãe acha que o filho é nervoso e que tem medo do pai, que o está sempre a inferiorizar de modo bastante agressivo.

Na história clínica familiar, apenas a mãe, Participante D da amostra, teve urticária até aos 18 anos, embora sem qualquer diagnóstico prévio.

Resumo: rapaz franzino, alérgico às proteínas do leite, evidenciando, como manifestações comportamentais principais, alteração do ritmo do sono, hiperactividade, síndrome tensão-fadiga e dificuldades de concentração. Uma longa história de sintomas, sem diagnóstico adequado até aos 11 anos.

8.4.3. Entrevista e Genossociograma

A Participante D, de 34 anos, frequentou até ao 4º ano de escolaridade e é doméstica. Refere que há muito tempo é doente dos nervos, mas só há seis meses é que se está a tratar da depressão.

Antecedentes pessoais - A sua mãe sempre sofreu de depressões.

Nascimento - A segunda filha da frateria, a menina, foi muito desejada pela família, por já terem um rapaz e quererem a menina desde o primeiro filho. Nasceu de parto normal, no hospital e tanto a evolução da mãe como a da bebé, foram boas.

Depois desta segunda filha, ainda nasceram, de dois em dois anos, mais dois rapazes, uma rapariga e ainda outro rapaz. Viveu com os pais e irmãos até se casar. Estão todos vivos e dá-se bem com a família, principalmente com o irmão mais velho e com a única irmã.

Desenvolvimento infantil - Não se lembra de pormenores do seu anterior crescimento, mas acha que sempre foi uma criança com um desenvolvimento normal. Só lamenta não ter

tido uma infância privilegiada como as suas primas, que tinham muitos brinquedos.

História clínica - Não foi uma criança saudável. Tinha muitas infecções na garganta e nos ouvidos. Como alguns dos irmãos, tem um problema hereditário no ouvido direito, do qual não ouve, que ainda hoje é complicado, tendo sido operada aos cinco anos. Quando tinha as infecções, a mãe levava-a ao colo, a pé, tal era o seu sofrimento.

Cerca dos oito, nove anos, teve uma hepatite e foi hospitalizada durante uma semana, para ser tratada e apoiada por uma enfermeira que a protegia. Foi submetida a uma rigorosa dieta durante meses. Tem miopia e astigmatismo.

Escolaridade - Tinha facilidade e interesse pela escolaridade, mas não frequentou mais por falta de saúde. Adorava ter sido enfermeira.

Casamento - Está casada há 12 anos com um polícia, de 36 anos, com quem namorou dois anos. O marido é muito austero para ela e para os filhos: o filho D, de 11 onze anos, alérgico alimentar, que fez parte da amostra inicial de filhos e uma menina de quatro anos, não alérgica. Considera infeliz o seu relacionamento conjugal.

História clínica recente - Foi operada ao coração há quatro anos, a um problema numa válvula, detectado quando

estava grávida da sua filha, pelo que é constantemente vigiada. Sente um nó na garganta, que ficou depois da operação, mas a ecografia não revela nada de significativo.

Sofre, desde há um mês e meio, de insónias. O seu estado emocional comum, é estar deprimida.

Relação com o filho - Relativamente ao filho alérgico, está muito preocupada com a falta de orientação clínica que ele teve até agora e com a relação paterna complexa e problemática. A sua relação com o filho, é boa.

8.4.4. Avaliação Psicológica da Participante D

8.4.4.1. Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância

Os factores estudados nesta escala relacionam-se com as representações das práticas educativas de cada um dos pais, em separado, para com o indivíduo em questão. Quanto aos factores Suporte Emocional e Rejeição, a Participante D obteve valores equivalentes aos da média da população em geral, quer em relação ao pai, quer em relação à mãe. No factor Sobreprotecção, os valores obtidos são ligeiramente inferiores à média daquela população em relação ao pai e

significativamente inferiores em relação à mãe (Quadro 8.4.4.1).

Quadro 8.4.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante D, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. D	19	21	8	11	10	11

No factor Suporte Emocional, a Participante D mostra que se sentiu confortável na presença dos pais e estes confirmaram-lhe a ideia de que era por eles aprovada como pessoa.

Na Rejeição, a Participante D mostra não ter sido levada a modificar a sua vontade e não se ter sentido rejeitada pelos seus pais.

A Sobreprotecção sentida em relação ao pai e principalmente em relação à mãe pela Participante D, reflecte que os comportamentos paterno e materno terão sido caracterizados por protecção excessiva de experiências indutoras de stresse e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades da

filha, elevados padrões de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência. A Participante D refere que:

Ocasionalmente
- Quando chegava a casa tinha que contar ao pai e à mãe tudo o que tinha feito.
- O pai e a mãe proibiam-na de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas, por terem medo que lhe pudesse acontecer alguma coisa.
- A mãe estipulava limites sobre o que lhe era permitido e sobre o que não era permitido fazer, que seguia rigorosamente.
Frequentemente
- Sentia que o pai e a mãe interferiam com tudo aquilo que ela fazia.

8.4.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF

No desenho de círculos representativos da proximidade emocional percebida pela Participante D em relação à mãe e ao pai, em separado, constata-se:

Quadro 8.4.4.2. Valores descritivos no DCRF para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado e Valores da Part. D (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pai	Pop. Geral					
	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. D	5	11	5	6	6
Mãe	Pop. Geral					
	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. D	6	4.5	5.5	5	7

No quadro 8.4.4.2 é evidente que a proximidade emocional percebida pela Participante D:

Relativamente a ambos os pais

- Praticamente se tem mantido igual, excepto para o período escolar. Em relação ao pai aumenta significativamente. Em relação à mãe diminui ligeiramente.

Nos resultados da população em geral (Canavarro, 1997), a percepção da proximidade emocional aumenta ao longo do ciclo de vida. Na Participante D, esse aumento é muito pouco significativo.

Relativamente ao Pai
- Na representação gráfica desta percepção, desenha inicialmente dois círculos ligeiramente separados que, no período escolar se separam significativamente. No princípio e fim da adolescência, os círculos voltam a aproximar-se, tocando-se, para se intersectarem no período referido à actualidade.
Relativamente à mãe
- Os círculos intersectam-se ligeiramente, quase sempre, excepto no início da adolescência, onde apenas se tocam.

A proximidade emocional percebida pela Participante D em relação ao seu filho, surge no quadro:

Quadro 8.4.4.2(2). Valores da Distância Emocional percebida pela Part. D em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0-6 meses	6-12 meses	1-2 anos	3-5 anos	Actualmente
Part. D	6.5	6	6	5.5	6

O Quadro 8.4.4.2(2). reflecte uma instabilidade na proximidade emocional percebida entre o seu filho e ela própria. Representada sempre por dois círculos secantes, esta distância, que ora se encurta, ora se alonga, é semelhante à proximidade emocional percebida entre si e os seus pais. É de realçar que, actualmente, a distância emocional é percebida como mais curta do que quando a criança nasceu.

8.4.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Neste instrumento que analisa três padrões de vinculação, a Participante D obteve valores correspondentes à média da população em geral nos dois factores Vinculação Ansiosa e Vinculação Segura. No terceiro factor, Vinculação Evitante, os valores são superiores aos da média da população em geral.

Quadro 8.4.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante D, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
Geral	DP	5.333	2.881	2.991
Participante D		19	14	18

No factor Vinculação Ansiosa, mostra que não se sente preocupada com a possibilidade de ser rejeitada. Na Vinculação Segura, a Participante D evidencia sentir-se confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas.

A Participante D vivencia com bastante desconforto as situações onde se relaciona emocionalmente com os outros. Assim, na Vinculação Evitante, refere que:

É característico em mim
- Que os meus pares desejem frequentemente que eu esteja mais próxima deles do que me sinto confortável em estar.
É muito característico em mim
- Ficar incomodada quando alguém se aproxima emocionalmente.
- Achar difícil confiar completamente nos outros.
É extremamente característico em mim
- Não ter a certeza de poder contar com as pessoas quando preciso delas.

O padrão evitante de vinculação estabelecida com os outros representa (Cicchetti et al.1995, citado por Canavarro, 1997) as estratégias comportamentais organizadas no sentido de gerir a ansiedade causada pela separação e pela reunião com os outros.

8.4.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI

O BSI identifica e avalia nove dimensões de sintomatologia psicopatológica e três Índices Globais de Perturbação Psicológica. Os resultados parciais obtidos pela Participante D nas várias escalas, comparativamente com os da população em geral e com os resultados que indicam Índice de Perturbação Emocional, encontram-se no quadro 8.4.4.4.

Quadro 8.4.4.4. Valores da Participante D obtidos no BSI, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio-Padrão)

Dimensões	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. D	12	16	5	17	11	6	6	8	4

A análise detalhada do quadro evidencia que a Participante D obteve, em todas as escalas parciais, valores que apontam para a presença de Índices de Perturbação Emocional. De um modo particular, a participante refere que, na última semana:

Part. D	Somatização
Poucas vezes	- Sofreu de desmaios ou tonturas.
Algumas vezes	- Teve sensação de anestesia no corpo.
Muitas vezes	- Foi incomodada com a sensação de que lhe falta o ar.
	- Foi incomodada com calafrios ou afrontamentos.
	- Foi incomodada com falta de forças em partes do corpo.

Part. D	Obsessão-compulsão
Poucas vezes	- Sentiu dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes.
Muitas vezes	- Sentiu dificuldade em fazer qualquer trabalho. - Sentiu necessidade de verificar várias vezes o que fazia. - Sentiu dificuldade em tomar decisões. - Teve sensações de vazio na cabeça. - Sentiu dificuldade em concentrar-se.

Part. D	Sensibilidade Interpessoal
Poucas vezes	- Sentiu-se facilmente ofendida nos seus sentimentos. - Sentiu que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si. - Sentiu-se embaraçada junto de outras pessoas.
Algumas vezes	- Sentiu-se inferior aos outros.

Part. D	Depressão
Algumas vezes	- Sentiu-se sem esperança perante o futuro. - Sentiu que não tem valor.
Muitas vezes	- Sentiu-se sozinha. - Sentiu-se triste. - Não teve interesse por nada.
Muitíssimas vezes	- Teve pensamentos de acabar com a vida.

Part. D	Ansiedade
Poucas vezes	- Teve um medo súbito sem razão para isso.
Algumas vezes	- Foi incomodada por nervosismo ou tensão interior. - Sentiu-se atemorizada. - Sentiu-se em estado de tensão ou aflição. - Teve ataques de terror ou pânico. - Sentiu-se tão desassossegada que não conseguiu manter-se sentada quieta.

Part. D	Hostilidade
Poucas vezes	- Teve vontade de destruir ou partir coisas.
Algumas vezes	- Teve impulsos que não se podiam controlar.
Muitas vezes	- Aborrece-se ou irrita-se facilmente.

Part. D	Ansiedade Fóbica
Poucas vezes	- Sentiu-se mal no meio das multidões como lojas e cinemas. - Sentiu-se nervosa quando tinha que ficar sozinha.
Algumas vezes	- Teve de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo. - Sentiu medo na rua ou praças públicas.

Part. D	Psicoticismo
Poucas vezes	- Foi incomodada por uma grande dificuldade em sentir-se próximo de outra pessoa.
Muitas vezes	- Sentiu-se sozinha mesmo quando estava com outras pessoas.

A análise dos Índices Globais de Perturbação Psicológica revelada pelo Inventário *BSI* correspondente à Participante D mostra:

Participante D	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Global	IGS = $94 / 53 = 1.7$
Total de Sintomas Positivos	TSP = 45
Índice de Sintomas Positivos	ISP = $94 / 45 = 2.1$

Como o valor obtido no ISP é superior a 1.7, ponto de corte, mostra que é provável que a Participante D se encontre no grupo constituído pela população caracterizada com Perturbação Emocional.

8.5. Caracterização Psicológica da Participante E

8.5.1. Caracterização da Família E

Participante E - 35 anos, grau de instrução primário. Alergias respiratórias, alimentares e ao metal. A sua mãe tem sinusite e a irmã é asmática.

Marido E - 43 anos, grau de instrução primário.

Filho E - 9 anos, pertence à amostra. Alergias respiratórias, alimentares e a quase todos os antibióticos.

8.5.2. Anamnese do Filho E

Fase actual - Menino de oito anos, ainda muito ligado à mãe.

Alergenos e sintomatologia - Desde o nascimento que é alérgico aos ácaros, pêlos de camisolas e de animais, iogurtes espessos, pescada, peixe vermelho, chocolate e a todos os antibióticos, excepto um.

As manifestações alérgicas são de tipo respiratório superior e inferior, com espirros consecutivos, comichão no nariz e falta de ar; cutâneas, com urticária e comichão;

gastrointestinais, com diarreias que parecem "borras de café". Piora geralmente quando começam as primeiras chuvas e sempre que a terra começa a deitar vapor, fica aflito com comichões nos olhos.

Gravidez e parto - Relativamente à gestação do bebé, aos 26 anos da mãe, foi considerada uma gravidez de risco, desde o início, por excesso de líquido amniótico. O bebé nasceu com 4.180 Kg e 49.5 cm de comprimento, sem sinais vitais, depois de um parto complicado, provocado oito dias antes, mas depois, atrasado novamente.

Convalescença da mãe - A recuperação da mãe foi muito complicada, porque desmaiava por tudo e por nada e ficava com alucinações. Levava injeções mas não reagia e voltava a desmaiar. Ficou então mais outros oito dias na maternidade, dado que surgiram novos problemas como o ser alérgica ao metal e não poder levar agrafos na cicatriz. Ficou protegida com um adesivo e tinha que repousar muito.

Ritmo da alimentação - A amamentação foi também complicada, porque a mãe não tinha o bico do peito e teve que ser ensinada a fazê-lo de modo adequado. O bebé acordava de hora a hora para mamar, mas não evacuava. Como já nascera com falta de ar, ia à maternidade várias vezes na semana, para ser tratado dos intestinos e da falta de ar. Mamou durante o

primeiro mês. Aos dois meses e meio já bebia um biberão grande e aos três anos comia como um adulto, nas várias casas da família, embora se tivesse sempre muito cuidado com o funcionamento dos seus intestinos. Ao ano pesava 13 Kg. Aos três anos, depois de ser operado à garganta e ao nariz, ficou sem apetite e "só come se lhe derem à boca".

Ritmo do sono - Relativamente ao ritmo do sono, é uma criança que dorme bem, tem necessidade de dormir bastante, mas "mexe-se muito e parece excitado a dormir". Devido a uma doença nos ossos, dorme todo esticado. Se não estiver com sinusite ou falta de ar, até dorme bem. Quando pela primeira vez deixou o quarto dos pais e passou para a sala, a casa foi assaltada e foi o menino que deparou com o assaltante. O susto fê-lo voltar ao quarto dos pais, onde permanece, "embora seja incentivado, mas não forçado, a mudar-se".

Desenvolvimento psicomotor - Começou cedo a andar, mas ao ano e um mês, uma prima deixou-o cair e ficou bastante tempo sem voltar a andar. Controlou os esfíncteres aos dois anos. Foi sempre uma criança hiperactiva e com dificuldades na motricidade fina, devidas à tendência para a deformação dos ossos.

História clínica - Nunca esteve internado por causa das alergias, mas no ano anterior, tinha estado internado, porque se alojou um vírus nos rins "que desceu da garganta".

O ortopedista orientou o menino para a natação porque tem um problema de saúde que se revela pelo "aparecimento de uns hematomas que lhe apanham as articulações". Constatou-se que um dos dedos da mão direita é no feitio de gancho e foi explicado que, se os ossos ficarem com dificuldade em esticar, terá que ser operado. A mãe referiu que este facto se deve ao facto de o bebé ter tido quarenta e três semanas de gestação, terminada por uma cesariana de risco.

Foi referida uma consulta de Psicologia aos três anos porque o "menino era muito traquina e excitado", tendo a psicóloga orientado a mãe no sentido de "o ir largando". A mãe não gostou nada dela porque "deixou de andar em cima dele e o menino passou a fazer ainda mais traquinices".

As educadoras da creche, aos dezasseis meses, punham-no muitas vezes de castigo, o que levou a mãe a tirá-lo e a deixá-lo com uma ama.

Aos quatro anos, depois da operação aos ouvidos, como a mãe telefonava ao filho (para casa da ama) várias vezes ao dia, a ama ralhava tanto com ela, que tirou de lá o menino. Nesta altura, o menino, que já coxeava, deixou completamente

de andar. Foi o início do problema dos ossos, mais no tronco do que nas pernas. Até se pensara se seria anão, apesar do pai ter 1.70m de altura.

Escolaridade - Quanto à escola, adaptou-se bem. É muito curioso e não tem dificuldades na aprendizagem, embora seja uma criança "distraída, palhaça e preguiçosa".

Características pessoais - Aprecia especialmente brincar com crianças mais novas e não possui autonomia nas suas actividades quotidianas de higiene, vestir e alimentação - "nunca sabe dos óculos nem do chapéu".

Quando é contrariado, deita-se no chão, rebola e refila muito. Pela primeira vez, este ano, esteve com a avó materna na aldeia, tendo levado um telemóvel para falar com a mãe, sete a oito vezes ao dia, sempre que se aborrecia com alguém. Dormia na cama com uma das primas, mas deram-se mal. Passou então para a cama da avó. Mas continuavam a surgir problemas, pelo que a mãe o mandou regressar de camioneta. Como a avó materna não cumpriu com esta obrigação, a filha ficou muito aborrecida e "disse à mãe tudo o que tinha para lhe dizer desde há anos".

Como terapêuticas associadas é seguido nas consulta de ORL, tendo sido operado ao nariz e à garganta aos três anos e operado aos ouvidos aos quatro anos. Há cerca de seis meses

que tem "falta de vista", pelo que também é seguido na consulta de OFT, com astigmatismo diagnosticado. Desde o ano passado que é seguido em Urologia devido ao vírus que então se instalara nos rins. Os problemas dos ossos fizeram-no consultar a Ortopedia e a Cirurgia Pediátrica. Além da Pediatria Geral, Estomatologia, Alergia Geral e Alergia Alimentar, tem também a consulta de Cirurgia Vasculuar, devido a umas veias muito saídas, que sobressaíram com a natação.

Como se trata de uma criança com muitas faltas à escola por todos estes sintomas e com muita dificuldade de concentração, também foi à consulta de Neurologia, no ano passado, tendo começado a tomar um medicamento que "só há na farmácia do Hospital".

É definido pela mãe como "uma criança muito activa, afectuosa, ansiosa, imatura, não se sabe defender e com os adultos, ou gosta logo ou não gosta deles. Anda sempre a coçar-se, gosta é do chão e de sentir-se sujo". Prefere estar acompanhada a estar sozinha. Brinca com várias crianças e pertence a uma turma escolar bem comportada.

As expectativas em relação ao filho doente já são um pouco mais confiantes, embora ele não seja capaz de explicar, nem às avós, o que não pode comer, não cumprindo, por vezes, a dieta de exclusão.

Resumo - Constata-se, nesta criança, uma distribuição dos sintomas pelo espaço corporal. A localização da resposta alérgica pode ser vista como um mapa corporal funcional que nos informa sobre a distribuição de moléculas antigénicas, de células imunocensoras, de moduladores da resposta imune, ou seja, tem a ver com o papel do cérebro simultaneamente a influenciar a reactividade e a perceber os seus efeitos. A mãe, muito receosa e ansiosa e permanentemente presente para proteger o menino de tudo e de todos, não consegue permitir a autonomia do seu filho.

8.5.3. Entrevista e Genossociograma

A Participante E é uma mulher que tem uma enorme necessidade de ser escutada e que refere todos os sofrimentos com muito detalhe, mas sempre a sorrir. Tem o grau de instrução primário e ajuda idosos no que precisam.

Antecedentes pessoais - A segunda menina de uma frateria de três, referiu que sempre viveram com uns pais que se davam muito mal. Recorda-se de, aos três anos, quando via o irmão mais novo a mamar, dizer "tenho fome". A mãe até os acordava, por vezes, com beijinhos, "mas nem sempre, porque tinha muito que trabalhar". Hoje, todos os filhos sentem carinho por ela, mas não pelo pai. Os filhos ficavam a tremer durante as

guerras entre os pais, porque o pai era violento com a mulher. A irmã mais velha, asmática, ficava sempre do lado da mãe. A Participante E foi, dos três filhos, a mais ligada ao pai e após os conflitos, dava primeiro um apoio à mãe; depois, fazia festas ao pai, para o acalmar. Por vezes, até lhe dava as festas antes, para que se não desse o conflito. Era um pai muito desconfiado, que mudava facilmente de humor e que dizia aos filhos que eles não eram filhos dele. A Participante E refere que não encarava as guerras entre os pais, mas que as contornava, a seu modo.

A mãe era uma pessoa muito nervosa que, com os maus tratos do marido, ia, de quando em vez, para o hospital: ficava com anemia e "tinha ataques". Nessas alturas, bem como nas férias, ou quando estavam doentes, as crianças eram apoiadas pelas tias maternas.

Nascimento - Nasceu em casa, de parto natural e o problema que mais a marcou foi a fome que passavam. Para além disso, considera que teve um desenvolvimento normal.

Desenvolvimento infantil - Em criança, berrava com medo dos bichos e das pessoas. "O pai brincava com as crianças quando eram pequeninas, a fazer-lhes cócegas, até desmaiarem".

História clínica infantil - Quase não dormia, chorava muito e sofria, desde pequenina, do estômago e dos dentes. Teve sarampo em pequena e tosse convulsa. Tinha a vista torta.

Escolaridade - Em matéria de escola, ia sempre para o lado da professora e tinha muita facilidade em aprender o que quer que fosse.

Dinâmica familiar - Relativamente à irmã, "que era de cristal, eu nem respirava só para não a partir toda". Actualmente, não a deixa, nem aos filhos, passar fome, fazendo e dando tudo o que pode. Refere que sempre poupou a mãe e a irmã e que essa atitude estava longe de ser recíproca. Só quando a Participante E cortou relações com a irmã, é que a mãe a reconheceu, finalmente, como a sua filha. O irmão, hoje, também a apoia.

Entre as duas irmãs, as relações eram péssimas. Quando a Participante E precisava da mãe, a irmã interpunha-se sempre. A irmã mais velha "fazia-se de doente" para que a mais nova (Participante E) fizesse também a sua parte do trabalho doméstico. Era posta de castigo por tudo e por nada. A irmã mais velha era a protegida da mãe. Quem trabalhava era a mãe e a filha mais nova; o pai e a irmã mais velha, não

colaboravam em nada. O pai vendera os bens que pertenciam à mulher e gastou tudo sozinho.

Aos treze anos, como queria continuar a estudar para tirar enfermagem, o pai deu-lhe dinheiro para ela se matricular. Mas, com pena da irmã, matriculou-a a ela e foi trabalhar em costura.

Os carinhos que fazia ao pai e tudo o resto que fazia por ele, refere, era sempre por ter medo dele e não por gostar de o fazer.

Casamento - Namorou o marido três anos e trabalhava como empregada doméstica interna quando engravidou deste filho. Estão casados há nove anos. O relacionamento foi feliz durante os dois primeiros anos.

Quando engravidou, durante os três primeiros meses, as análises davam sempre negativas. Faltava-lhe o período, vomitava muito e desmaiava. Aos dois meses e meio de gravidez, o diagnóstico continuava negativo, pelo que tomou comprimidos para provocar o período, o que não aconteceu. Quando deram resultado positivo, no fim dos três meses, detectou-se que o resultado aparecia sempre como negativo, devido ao excesso de líquido amniótico, que era correspondente ao de dois fetos. Pelas suas contas, deixou de

vomitou precisamente no fim dos nove meses e esteve grávida deste bebé, dez meses e meio.

Quando a análise deu positivo, deixou o emprego e foi viver com o marido, para o anexo da casa da sogra. Esta e as cunhadas, não a aceitaram logo na família e provocaram mau estar entre o novo casal. Encontrava-se só, abandonada e sem ordenado. Como tinha uma irmã que levava uma vida duvidosa, achavam que ela era igual e não a queriam na família, nem ao bebé. Como era católica, defendeu-se com esse argumento, mas a sogra tratava-a mal. O marido, que sempre bebeu e chegou tarde, não se apercebia da relação que existia entre as mulheres.

O marido nunca a acompanhou, nem ao filho e chega a duvidar que a criança seja filha dele. Sente que o marido está muito marcado com a vida e que precisa do carinho que ela tem para lhe dar. O marido ataca-a na frente da mãe e das irmãs dele, mas, por trás, está sempre a valorizá-la. Refere que bebe porque vê sempre a mulher e o filho doentes. Não acredita que o filho precise da natção pelo problema de ossos que tem.

História clínica actual - refere:

. que se desconfia de um tumor no ouvido esquerdo, do qual não ouve nada desde os dezasseis anos, existindo também um problema no ouvido direito

. sofrer de astigmatismo

. sofrer de gastrite e de fluxo biliar a mais no estômago, onde tem também uma hérnia

. sofrer de reumático e ter a coluna torta

. sofrer da tiróide

. sofrer de sinusite, desde criança

. sofrer de alergias ao pó da casa, ao pó da farinha, ao cheiro da terra, ao pêlo dos animais, ao marisco, à carne de porco e às azeitonas

. sofrer sempre dos nervos, o que a faz engordar. Acha que já sofria em pequena quando pressentia os conflitos entre os pais e que piorou quando, há cerca de vinte anos, a irmã veio também viver para Lisboa.

Relação com o filho - A Participante E refere "eu e o meu filho somos uma só pessoa" e "sinto necessidade de dar carinho a todos para me sentir feliz e necessária".

O terreno heredo-familiar torna-se altamente favorável e permeável. Mais tarde, as condições de tal terreno,

enquadradas numa trama de problemas familiares e psicológicos, parecem não mais acabar. Quando estas condições são encaradas numa perspectiva multidisciplinar compreensiva, num contexto onde esteja presente o psicológico e todas as suas interligações, torna-se um pouco mais esclarecedor.

8.5.4. Avaliação Psicológica da Participante E

8.5.4.1. Práticas Educativas, EMBU, Memórias de Infância

Relativamente aos resultados da estatística descritiva da população portuguesa para as pontuações da escala das Memórias de Infância, a Participante E obteve apenas uma pontuação dentro da média, a que se relaciona com o factor Suporte Emocional em relação à Mãe e uma pontuação inferior à média da população portuguesa, o factor Suporte Emocional em relação ao Pai. Os outros factores, Rejeição e Sobreprotecção, em relação a ambos os pais, obtiveram pontuações muito acima das consideradas na média.

Quadro 8.5.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante E, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. E	12	17	26	36	20	23

A falta de Suporte Emocional sentida pela Participante E em relação ao pai, revela o leque de comportamentos deste perante a filha, que fazia com que ela se sentisse desconfortável na sua presença e lhe confirmavam a ideia de que não era aprovada por ele, como pessoa.

Nesta dimensão, a Participante E refere que:

Ocasionalmente
- A mãe elogiava-a.
- A mãe mostrava por gestos e palavras que gostava dela.
- Sentia que havia ternura entre ela e a mãe .
Nunca
- Sentia que a mãe ou o pai a tentavam confortar e encorajar no caso de as coisas correrem mal.
- O pai a elogiava
- O pai mostrava por gestos e palavras que gostava dela.
- Sentia que havia ternura entre ela e o pai .

No que respeita à dimensão Rejeição, relativamente a ambos os pais, a Participante E refere que:

Ocasionalmente
- O pai criticava-a à frente dos outros.
- Sentia que o pai gostava mais dos irmãos do que dela.
Frequentemente
- A mãe fazia-a sentir vergonha dela mesma.
- O pai , através do seu comportamento, parecendo triste, por exemplo, fazia-a sentir-se culpada por o tratar mal.

A maior parte do tempo
- A mãe criticava-a à frente dos outros.
- A mãe e o pai tratavam-na como a "ovelha ranhosa" da família.
- A mãe , através do seu comportamento, parecendo triste, por exemplo, fazia-a sentir-se culpada por a tratar mal.
- A mãe gostava mais dos irmãos do que dela.
- O pai fazia-a sentir vergonha dela mesma.
- A mãe é que decidia sobre como ela se devia parecer, ou vestir.
- Ambos os pais , a castigavam, mesmo por pequenos erros.

O excesso de Rejeição que a Participante E sentiu em relação a ambos os pais define o conjunto de comportamentos parentais tendentes a modificar a vontade da filha e que

foram sentidas por ela como uma rejeição de si própria como indivíduo.

Finalmente, nas Memórias de Infância e em relação à dimensão Sobreprotecção de ambos os pais, a Participante E refere que:

Ocasionalmente
- Tinha que contar ao pai tudo o que tinha feito, quando chegava a casa.

A maior parte das vezes
- Desejava que os pais se preocupassem menos com o que fazia, porque estava sempre tudo mal.
- Tinha que contar à mãe tudo o que tinha feito, quando chegava a casa.
- Ambos os pais a proibiam de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas, porque tinha que fazer o trabalho do pai.
- Sentia que os pais interferiam em tudo o que fazia.
- Os pais estipulavam limites sobre o que lhe era permitido e sobre o que não lhe era permitido fazer, que seguiam rigorosamente.

O excesso de Sobreprotecção sentida pela Participante E em relação a ambos os pais, reflecte o comportamento parental caracterizado por protecção excessiva de experiências indutoras de stresse e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades da

filha, elevados padrões de realização em determinadas áreas, como a doméstica e imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência.

8.5.4.2. Desenho de Círculos da Família, DCRF

Para ilustrar a relação com os seus pais na altura em que tinha as idades indicadas, a Participante E representa essa proximidade emocional através do quadro 8.5.4.2:

Quadro 8.5.4.2. Valores descritivos no DCRF para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado e Valores da Part. E (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pop. Geral						
Pai	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. E	9	16	28	11	14
Pop. Geral						
Mãe	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. E	7	11	10	16	12

Os dados da distância emocional percebida pela Participante E em relação a ambos os pais, em separado, mostra que:

Relativamente ao pai
- Varia bastante, aumentando na idade escolar e atingindo um máximo no início da adolescência. No final da adolescência e no período actual, mantém-se com valores dentro da média.
- A representação gráfica dos círculos mostra-os sempre separados.
Relativamente à mãe
- Mostra também instabilidade, aumentando na idade escolar e no fim da adolescência, mas encontrando-se, actualmente, nos valores considerados médios.
- Os círculos são tangentes graficamente nos dois períodos iniciais, mas depois separam-se.

A proximidade emocional percebida entre a participante E e o seu filho, consta do quadro seguinte:

Quadro 8.5.4.2(2). Valores da Distância Emocional percebida pela Part. E em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0-6 meses	6-12 meses	1-2 anos	3-5 anos	Actualmente
Part. E	0	0	0	0	4

A variante introduzida neste estudo, da representação gráfica da proximidade emocional percebida pela Participante E em relação ao seu filho, constatou que os círculos representativos são concêntricos e sobrepostos, nos quatro primeiros períodos considerados, tal como refere "eu e o meu filho somos uma só pessoa". Actualmente, a Participante

E já refere alguma distância, através de dois círculos secantes.

Poder-se-ia dizer que relações familiares educativas e emocionais sentidas com uma rejeição tão intensa, permitiram à Participante E, por atitudes provavelmente opostas às dos seus pais, educar um filho que não conseguiu ainda desenvolver mecanismos de autonomia ou identidade, isto é, nem a mãe, nem o filho, puderam ainda sentir-se pessoas, individuais e aceites.

8.5.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Este instrumento de três itens pretende identificar os três padrões de vinculação do adulto: Ansiosa, Segura e Evitante. Relativamente aos resultados da estatística descritiva para a população portuguesa, o quadro 8.E.4.3. mostra que a Participante E obteve valores dentro da média nos dois últimos factores e valores muito superiores à média para o factor da Vinculação Ansiosa.

Quadro 8.5.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante E, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
Geral	DP	5.333	2.881	2.991
Participante E		32	17	12

Em relação a este factor, a Participante E refere:

É extremamente característico em mim
- Costumar preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.
- Perguntar frequentemente a mim mesma se os meus parceiros realmente se importam comigo.
- Sentir-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.
É muito característico em mim
- Pensar que as outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.
- Sentir-me bem dependendo dos outros.
- Preocupar-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.

A Vinculação Ansiosa caracteriza-se, segundo Hazen e Shave (1987, citado por Canavarro, 1997), pelo desejo de manter os parceiros próximos, existindo hipervigilância a aspectos ligados a separação. A presença e disponibilidade dos parceiros é percebida como incerta. Revela o grau em que a Participante E se sente preocupada com a possibilidade de ser rejeitada.

Na Vinculação Segura constata-se a forma como se sente bem e confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas.

Na Vinculação Evitante, é manifesto como agradável o facto de poder depender de outros em situações em que necessita deles.

O tipo de dinâmica da família de origem que envolvia a Participante E, um pai ausente mas austero e agressivo quando presente, uma mãe trabalhadora e sempre separada desta filha pela filha mais velha e a dinâmica familiar envolvente do seu actual relacionamento conjugal, com cunhadas e uma sogra inaceitantes da sua pessoa, permitiu o desenvolvimento desta Vinculação tão Ansiosa e da simbiose emocional percebida entre si e o seu filho.

8.5.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI

O *BSI* foi utilizado neste estudo com a intenção de identificar sintomatologia psicopatológica na amostra das mães de rapazes alérgicos alimentares. O instrumento avalia nove dimensões e três Índices Globais de Perturbação Psicológica. Os valores da Participante E constam no Quadro 8.5.4.4.

Quadro 8.5.4.4. Valores da Participante E obtidos no BSI, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio-Padrão)

Dimensões	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. E	22	11	10	19	16	9	11	17	12

No que respeita às escalas parciais que apontam para Índice de Perturbação Emocional, a Participante E apresenta-se com valores nas nove dimensões, correspondentes aquele índice. Relativamente à dimensão parcial Somatização, refere que, na última semana:

Part. E	Somatização
Algumas vezes	- Teve desmaios e tonturas. - Foi incomodada com calafrios ou afrontamentos.
Muitas vezes	- Teve sensação de anestesia no corpo. - Sentiu dores sobre o coração ou no peito.
Muitíssimas vezes	- Sentiu-se com vontade de vomitar ou mal do estômago. - Teve sensações de falta de ar. - Teve falta de forças em partes do corpo.

Quanto à segunda dimensão, Obsessão-compulsão, a Participante E refere que na última semana:

Part. E	Obsessão-compulsão
Algumas vezes	- Teve dificuldade em lembrar-se de coisas passadas ou recentes.
Muitas vezes	- Sentiu vazio na cabeça.
Muitíssimas vezes	- Teve dificuldades em concentrar-se.

A Participante E, em relação à dimensão Sensibilidade Interpessoal, refere que, na última semana:

Part. E	Sensibilidade Interpessoal
Algumas vezes	- Sentiu-se ofendida nos seus sentimentos.
Muitas vezes	- Sentiu-se embaraçada junto de outras pessoas.
Muitíssimas vezes	- Sentiu-se inferior aos outros

Na quarta dimensão analisada pelo *BST*, Depressão, a Participante E refere que, na última semana:

Part. E	Depressão
Algumas vezes	- Foi incomodada por pensamentos de acabar com a vida.
Muitíssimas vezes	- Sentiu-se triste. - Sentiu-se sozinha. - Sentiu-se sem esperança perante o futuro. - Sentiu que não tem valor.

Relativamente à dimensão Ansiedade, a Participante E refere que, na última semana:

Part. E	Ansiedade
Uma vez	- Teve um ataque de pânico.
Algumas vezes	- Sentiu-se atemorizada.
Muitíssimas vezes	- Foi incomodada por nervosismo e tensão interior. - Teve um medo súbito sem razão para isso. - Sentiu-se em estado de tensão ou aflição.

Na Hostilidade, na última semana, refere que:

Part. E	Hostilidade
Poucas vezes	- Foi incomodada por impulsos de bater, ofender ou ferir alguém. - Entrou facilmente em discussão.
Muitas vezes	- Aborreceu-se e irritou-se facilmente.
Muitíssimas vezes	- Teve impulsos que não se podem controlar.

Relativamente à dimensão Ansiedade Fóbica, a Participante E refere que, na última semana:

Part. E	Ansiedade Fóbica
Poucas vezes	- Teve de evitar certas coisas, lugares e actividades por lhe causarem medo.
Algumas vezes	- Sentiu-se mal no meio das multidões como lojas e cinemas
Muitas vezes	- Foi incomodada por medo na rua ou praças públicas. - Sentiu-se nervosa quando teve que ficar sozinha.

A Participante E, em relação à dimensão Ideação Paranóide, refere que, na última semana:

Part. E	Ideação Paranóide
Muitíssimas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiu que não pode confiar na maioria das pessoas. - Teve a impressão de que os outros a costumam observar ou falar dela. - Sentiu que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades. - Teve a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.

Relativamente à última dimensão analisada por esta escala, Psicoticismo, a Participante E refere que, na última semana:

Part. E	Psicoticismo
Algumas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Teve a impressão de que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos. - Teve a ideia que deveria ser castigada pelos seus pecados.
Muitíssimas vezes	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiu-se sozinha mesmo quando estava com mais pessoas. - Teve a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.

A análise do Inventário de Sintomas Psicopatológicos, *BSI*, permite ainda avaliar, através dos três Índices Globais, de modo sumário, a perturbação emocional. Estes índices representam aspectos diferentes da psicopatologia.

Participante E	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Geral IGS = 137 / 53 = 2.58	
Total de Sintomas Positivos	TSP = 50
Índice de Sintomas Positivos	ISP = 137 / 50 = 2.74

Dado que o ISP obtido pela Participante E é superior ao ponto de corte 1.7 (Canavarro, 1997), pode-se concluir que é provável que a Participante E pertença ao grupo das pessoas perturbadas emocionalmente. Os dados da anamnese do filho, os dados colhidos na entrevista e no genossociograma, e os resultados dos vários testes psicológicos fornecem, no seu conjunto, resultados convergentes nesse sentido.

8.6. Caracterização Psicológica da Participante F

8.6.1. Caracterização da Família F

Participante F - 39 anos, esteticista, grau de instrução primário. Alergia aos pólenes.

Marido F - 48 anos, grau de instrução, primário.

1º Filho F - 18 anos, asmático.

2º Filho F - 11 anos. Pertencente à amostra. Alergias respiratórias e alimentares desde os cinco anos.

8.6.2. Anamnese do Filho F

Fase pré-natal - "Quando estava grávida deste meu segundo filho, sonhava muito com ele, mas já com dois aninhos".

Alergenos e sintomatologia - a alergia manifestou-se por volta dos cinco/seis anos. É alérgico ao chocolate, clara de ovo, pólen e ácaros do pó da casa, mas aguarda os resultados de novos testes, susceptíveis de um diagnóstico actualizado. As manifestações dão-se através de espirros, falta de ar e rinoconjuntivite. Habitualmente piora na Primavera e no Outono. Já iniciou a inclusão do chocolate e do ovo na dieta.

Gravidez e parto - A gravidez durou quarenta e duas semanas e a mãe teve que ser internada para o bebé nascer, porque, como no parto do primeiro filho (agora com dezoito anos), não fazia a dilatação espontaneamente. A mãe desejava, desta vez, ter uma menina.

O bebé nasceu com 2.900 Kg e 45.5 cm de comprimento. Mãe e filho tiveram evolução normal, embora ela estivesse muito ansiosa, antes do nascimento, devido aos sonhos que já tivera com um menino com dois anos de idade.

Foi um bebé muito chorão até aos dois anos, embora o pediatra confirmasse que tudo estava bem.

Ritmo do sono - Fazia sonos muito pequenos, adormecia só ao colo e acordava aos gritos.

Ritmo da alimentação - Mamou até os cinco meses e sempre comeu bem, agora é que não.

Desenvolvimento psicomotor - "Como era gorducho, só se sentou aos sete meses, não gatinhou e andou aos treze meses". Controlou os esfíncteres, de dia, aos dois anos e meio e de noite, aos quatro anos.

A mãe comenta que o filho não é uma criança muito activa e que teve dificuldade na coordenação motora fina. Na linguagem foi trapalhão até aos cinco anos. A mãe anotou que

ambos os filhos nasceram com "os olhos tortos para dentro". O mais velho fez correcção e este ainda faz. Também tem astigmatismo e usa óculos desde os cinco anos.

História clínica - Aos cinco anos foi internado por estar a sofrer, aparentemente, de uma crise de asma. "O ar ficava retido e alojado dentro da pele, que ficava com aspecto de casca de laranja". Nessa altura fez os testes e diagnosticaram-se as alergias.

Parece ter um outro problema alérgico, com manifestações cutâneas e relacionado com uma mancha que apareceu à nascença, numa perna e que se nota quando o tempo está mais frio, mas ainda não está diagnosticado.

Características pessoais - É uma criança bem disposta, afectuosa, um pouco tímida e não é agressiva. "É fabuloso a desenhar, desde os dois anos e hoje é uma criança muito responsável".

Resumo - alteração na organização dos ritmos do sono e do choro, principalmente.

8.6.3. Entrevista e Genossociograma

A Participante F é uma mulher simpática que tem um pequeno negócio de estética com outra familiar.

Antecedentes pessoais - Na infância e adolescência a Participante F viveu em casa com os pais e irmãos, até aos dezassete anos e meio. Teve uma relação inicial afastada com a mãe, porque era já a sexta filha e nascera quatro anos após o nascimento de um menino tão esperado e desejado na família.

Todavia, considerava-se o "bibelot" do seu pai, em cujo colo se anichava sempre que precisava de suporte e carinho.

Pensa que o pai sofria dos nervos mas "não dava a entender". A irmã mais velha é doente dos nervos.

Nascimento - Nasceu em casa, não sabe se foi devidamente assistida e foi amamentada até ao ano. O seu desenvolvimento foi sempre amparado pelas três irmãs mais velhas 12, 10 e 9 anos mais velhas do que a Participante F.

Desenvolvimento infantil - Acha que foi uma criança e adolescente feliz até aos dezassete anos e meio, altura em que cortou relações com os pais e foi viver para casa da irmã mais velha, precisamente no momento em que começou o namoro com o homem com quem casou dois anos depois.

História clínica infantil - Sofria dos ouvidos e teve papeira, varicela e sarampo aos sete anos. Tem alergia aos pólenes.

Escolaridade - Fez uma aprendizagem escolar interessada e sem perturbações, tendo parado de estudar no final do sexto ano de escolaridade.

História clínica actual - Tem sido uma pessoa saudável. Actualmente, na Primavera e no Outono, tem manifestações de comichão no nariz, que passam com medicação, mas não tem outras alergias diagnosticadas.

Dinâmica familiar - Actualmente vive com o marido e os dois filhos e trabalha, em casa, como esteticista. Dá-se bem com a segunda irmã (com quem trabalha), com a terceira irmã e com o irmão. Com a irmã dois anos mais nova, a última, é que não se dá.

A sua vida conjugal, considera-a muito feliz.

Relação com o filho - Relativamente à saúde do filho alérgico, a mãe não se sente preocupada porque é bem vigiado e está controlado. Considera que a relação emocional com este filho é boa e agradável.

8.6.4. Avaliação Psicológica da Participante F

8.6.4.1. Memórias Educativas, EMBU, Memórias de Infância

Quanto aos resultados da estatística descritiva da população portuguesa para as pontuações da escala *EMBU*, a Participante F obteve valores dentro da média para o factor Suporte Emocional, em relação ao pai e valores abaixo da média, em relação à mãe.

Obteve pontuações dentro da média relativamente ao factor Rejeição, para ambos os pais, em separado.

No último factor analisado pela *EMBU*, a Sobreprotecção, a Participante F obteve pontuações médias em relação à mãe e superiores à média em relação ao pai (Quadro 8.6.4.1).

Quadro 8.6.4.1. Valores obtidos no *EMBU* pela Participante F, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

	Suporte Emocional		Rejeição		Sobreprotecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
Pop. Geral						
M	18.059	19.344	11.069	13.530	13.517	16.223
DP	4.902	4.130	3.211	3.956	3.202	3.580
Part. F	15	15	10	10	17	17

No factor Suporte Emocional, a Participante F mostra que se sentiu confortável na presença do pai e este confirmou-lhe a ideia de que era por ele aprovada como pessoa. Em relação à mãe, não aconteceu o mesmo. Nesta dimensão, em relação à mãe, a Participante F refere que:

Ocasionalmente
- Sentia que, se as coisas lhe corressem mal, ela tentava encorajar e confortar a filha.
- Ficava orgulhosa quando a filha era bem sucedida em algo que se tivesse empenhado.
Nunca
- A elogiava.
- A incentivava a sobressair no que fazia.

A falta de Suporte Emocional sentida pela Participante F em relação à mãe, fez com que ela não se sentisse confortável na sua presença e não pudesse confirmar a ideia de que era, por ela, aprovada como pessoa. Prendeu-se com comportamentos maternos relativos a algumas privações de objectos e de privilégios, com o objectivo de influenciar o comportamento da filha e falta de consideração pelo seu ponto de vista e das suas necessidades.

Na Rejeição, a Participante F mostra não ter sido levada a modificar a sua vontade e não se ter sentido rejeitada por qualquer dos seus pais.

Relativamente à Sobreprotecção sentida pela Participante F nas suas memórias em relação ao pai, refere que:

A maior parte do tempo
- Estava proibida de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas, por ele ter medo que lhe pudesse acontecer alguma coisa.
- Estipulava limites sobre o que lhe era permitido fazer, que seguia rigorosamente.

O excesso de Sobreprotecção sentida pela Participante F em relação ao pai teve a ver com comportamentos paternos como imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência e alguma protecção, excessiva, de experiências indutoras de stresse e adversidades.

8.6.4.2. Desenho de Círculos da Família DCRF

A avaliação de mudanças nas relações estabelecidas entre a Participante F e os pais ao longo do ciclo de vida, detectada por representação gráfica, consta no Quadro 8.6.4.2.

Quadro 8.6.4.2. Valores descritivos no DCRF para a População em Geral relativamente à Mãe e ao Pai, em separado e Valores da Part. F (Média e Desvio Padrão)

		1-5 Anos	6-10 Anos	11-15 Anos	16-20 Anos	Actualmente
Pai	Pop. Geral					
	M	10.02	9.76	11.19	13.41	13.89
	DP	1.48	2.48	2.93	2.84	2.83
	Part. F	6	10	13	15	9
Mãe	Pop. Geral					
	M	6.30	7.13	8.83	10.39	11.67
	DP	2.34	2.47	2.86	2.77	2.52
	Part. F	13	6	13	9	9

Torna-se relevante que a proximidade emocional percebida pela Participante F:

Relativamente ao pai
- No início é inferior à média.
- Depois vai aumentando sucessivamente ao longo dos vários períodos considerados.
- Actualmente, diminuiu de novo, obtendo valores mesmo inferiores aos da média, ou seja, os círculos, que eram secantes no primeiro período, deixam de se entrelaçar ou tocar até que, actualmente, são tangentes.
- No período de bebé e criança pequena, essa proximidade é percebida como muito próxima, inferior à média e à proximidade da mãe, no mesmo período.

Relativamente à mãe	
-	Mostra-se irregular e instável nos três primeiros períodos considerados, regularizando o fim da adolescência com o período actual.
-	Os círculos inicialmente estão afastados; na idade escolar, aproximam-se e são secantes; no início da adolescência, voltam a afastar-se; no final da adolescência, aproximam-se mas não se tocam e no período actual, apresentam-se tangentes.

Quanto à representação gráfica da proximidade emocional da Participante F relativamente ao seu filho alérgico, vem aumentando leve e gradualmente.

Quadro 8.6.4.2(2). Valores da Distância Emocional percebida pela Part. F em relação às várias Fases do Desenvolvimento do seu filho

Fases	0-6 meses	6-12 meses	1-2 anos	3-5 anos	Actualmente
Part. F	4	5.5	6	6.5	7

Os valores obtidos no Quadro 8.6.4.2(2). ilustram o que a mãe, na entrevista, referiu quanto à relação com o filho, considerando-a boa e agradável. É notória a graduação, passo a passo, com que esta mãe percebe a diminuição da proximidade emocional em relação ao filho.

A Participante F parece estar a gerir o contacto emocional com este filho de modo bem diferenciado dos contactos que outrora terá tido com os seus pais.

8.6.4.3. Escala de Vinculação do Adulto, EVA

Na identificação de dois dos três padrões de vinculação do adulto, Ansiosa e Segura, a Participante F obteve pontuações que correspondem aos valores médios da população em geral. Para o factor Vinculação Evitante, obteve pontuações ligeiramente acima da média.

Quadro 8.6.4.3. Valores obtidos na EVA pela Participante F, relativamente aos Valores da População em Geral (Média e Desvio-Padrão)

Vinculação		Ansiosa	Segura	Evitante
População	M	17.885	16.005	12.313
	DP	5.333	2.881	2.991
Participante F		15	15	16

No factor Vinculação Ansiosa, mostra que não se sente preocupada com a possibilidade de ser rejeitada. Na Vinculação Segura, a Participante F evidencia sentir-se confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas.

A Vinculação Evitante avalia-se pela forma como o indivíduo sente poder depender dos outros em situações em que necessita deles.

A Participante F refere que:

É característico em mim
- Ter dificuldade em sentir-me dependente dos outros.
- Não ter a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.
É muito característico em mim
- Ficar incomodada quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.
- Achar difícil confiar completamente nos outros.

O facto de a Participante F ter sido a sexta filha a nascer e após o primeiro menino e, por consequência, ter-se ligado mais às irmãs mais velhas e ao pai, com quem posteriormente se zangou, saindo então de casa da família, poderá ter permitido o desenvolvimento deste tipo de vinculação e destes modos comportamentais.

8.6.4.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos, BSI

Ao procurar identificar sintomatologia psicopatológica, a Participante F situa-se nos valores da população em geral em oito das nove dimensões que o inventário estuda: Somatização, Obsessão-compulsão, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo (Quadro 8.6.4.4).

Quadro 8.6.4.4. Valores da Participante F obtidos no BSI, Valores da População em Geral e Valores de Perturbação Emocional (Média e Desvio-Padrão)

Dimensões	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
I.P.G.									
M	0.573	1.290	0.958	0.893	0.942	0.894	0.418	1.063	0.668
DP	0.916	0.878	0.727	0.722	0.766	0.784	0.663	0.789	0.614
I.P.E.									
M	9.445	11.534	6.404	11.034	10.521	7.034	5.082	7.651	7.021
DP	7.032	5.567	4.143	6.275	5.658	4.529	4.656	4.263	4.140
PART. F	1	1	1	0	2	1	0	3	0

A dimensão Ideação Paranóide representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e delírios, são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. Concretamente a Participante F refere que, na última semana:

Part. F	Ideação Paranóide
Poucas Veze	- Sentiu que não podia confiar na maioria das pessoas.
	- Sentiu que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho e às suas capacidades.
	- Foi incomodada com a impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.

A análise dos três Índices Gerais detectados pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos evidencia que a Participante F revela:

Participante F	
Índice Geral de Sintomas ou de Severidade Global IGS = 9 / 53 = 0.17	
Total de Sintomas Positivos	TSP = 8
Índice de Sintomas Positivos	ISP = 9 / 8 = 1.1

O valor obtido para o ISP, 1.1, é inferior a 1.7, considerado como o ponto de corte entre população em geral e indivíduos perturbados emocionalmente (Canavarro, 1997). Então, é provável que a Participante F pertença à população em geral no que respeita à presença de sintomatologia psicopatológica.

9. APRESENTAÇÃO COMPARATIVA DOS RESULTADOS E SUA DISCUSSÃO

De modo a evidenciar o funcionamento psicológico individual, apresentou-se e analisou-se, caso a caso, os resultados obtidos na avaliação psicológica das participantes (Capítulo 8). O trabalho prossegue com o estudo comparativo entre estes resultados e os dados obtidos por Canavarro (1977) na população portuguesa, com o objectivo de identificar a presença de algum padrão comum, evidente nas participantes, nos vários níveis que se consideram de seguida.

9.1. Caracterização dos Antecedentes Alérgicos dos Filhos das Participantes

As manifestações de tipo alérgico apresentadas pelo pai ou pela mãe de cada filho alérgico estão apresentadas no Quadro 9.1.

**Quadro 9.1. Caracterização dos Antecedentes Alérgicos dos
Filhos das Participantes**

Antecedentes	Manifestações de tipo alérgico
Participante A	Respiratórias
Pai A	Alimentares
Participante B	Respiratórias
Pai B	Suspeitas Alimentares
Participante C	Respiratórias
Participante D	Cutâneas
Participante E	Alimentares, Respiratórias, Cutâneas
Participante F	Respiratórias

**9.2. Caracterização dos Alergenos dos Filhos das Participantes
e Data do Respectivo Aparecimento**

Os alergenos específicos aos filhos de cada participante, alimentares, respiratórios ou outros, Estão descritos no Quadro 9.2.

Quadro 9.2. Caracterização dos Alergenos dos Filhos das Participantes e Data do seu Aparecimento

Filho	Data	Alergenos Alimentares	Alergenos Respiratórios	Outros Alergenos
A	Nascim.	Proteínas lácteas, peixe, ovo, amêndoa, carne de vaca	Ácaros	---
B	Nascim.	Proteínas lácteas, ovo, corantes	Ácaros e Pólens	---
C	Nascim.	Proteínas lácteas	Ácaros, fumos, cheiros activos, humidade	Intolerância aos produtos de higiene r.n.
D	Nascim.	Proteínas lácteas, cacau, morangos	-----	---
E	Nascim.	Iogurtes espessos, pescada, peixe vermelho, chocolate	Ácaros, pêlos de vestuário e animais	Quase todos os antibióticos
F	5 anos	Chocolate, clara do ovo	Ácaros, humidade, pólen	---

9.3. Memórias Educativas Paternas e Maternas da Infância e da Adolescência

Na análise da medição da frequência com que sucederam determinadas práticas educativas durante a infância e a adolescência (EMBU) das participantes, em relação ao pai e à mãe em separado, tendo em conta os estudos de Canavarro (1997), observou-se que:

adolescência (EMBU) das participantes, em relação ao pai e à mãe em separado, tendo em conta os estudos de Canavarro (1997), observou-se que:

Quadro 9.3. - Valores Médios obtidos pelos Participantes no *EMBU* e valores da População em Geral

Part.	Suporte Emocional		Rejeição		Sobre Protecção	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe
A	=	=	=	=	-	-
B	=	=	=	=	=	-
C		=		-		-
D	=	=	=	=	-	-
E	-	=	+++	+++	+++	+
F	=	-	=	=	++	=
Pop. Geral	18.06+4.9	19.34+4.1	11.06+3.2	13.53 +3.9	13.52+3.2	16.22+3.6

Legenda: = dentro dos valores médios

- 1 DP abaixo da média

+ 1 DP acima da Média

+++ 3 DP acima da Média ou mais

Da análise do quadro constata-se:

- Suporte Emocional em relação ao Pai - quatro participantes estão dentro dos valores normativos e uma delas está abaixo.
- Suporte Emocional em relação à Mãe - uma participante está abaixo dos valores normativos e as restantes estão dentro dos mesmos.

- Rejeição em relação ao Pai - quatro das participantes estão dentro dos valores normativos e uma encontra-se muito acima.

- Rejeição em relação à Mãe - quatro das participantes estão dentro dos valores normativos, uma delas está abaixo e outra situa-se muito acima.

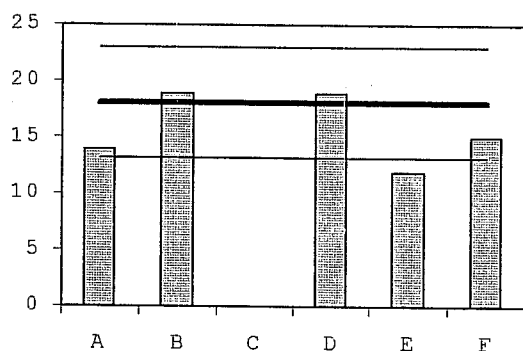
- Sobreprotecção em relação ao Pai - uma das participantes está dentro dos valores normativos, duas estão abaixo, uma delas bastante acima e outra muito acima.

- Sobreprotecção em relação à Mãe - uma das participantes está dentro dos valores normativos, quatro delas estão abaixo e uma está acima.

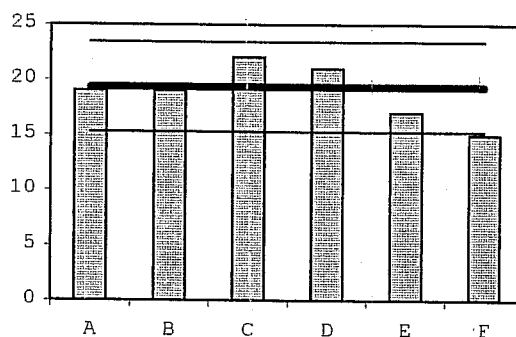
No quadro 9.3. procurou mostrar-se o perfil de cada participante relativamente aos dados normativos. Verifica-se assim que a amostra de participantes evidencia ter sido submetida a práticas educativas paternas e maternas, de Suporte Emocional e de Rejeição, de acordo com a população em geral. Todavia, evidenciam, de um modo geral, nas suas memórias de infância, práticas educativas paternas e maternas de Sobreprotecção que se afastam daqueles valores e são caracterizados por protecção excessiva de experiências indutoras de stresse e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades das

filhas e ainda elevados padrões de realização em determinadas áreas e imposição de regras rígidas às quais era exigida estrita obediência.

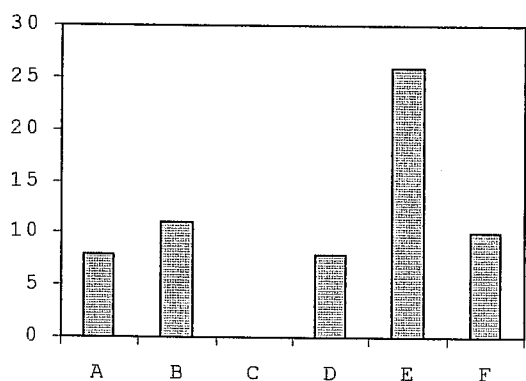
Suporte Emocional Pai



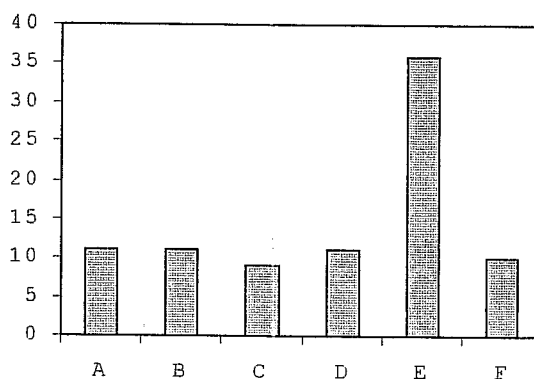
Suporte Emocional Mãe



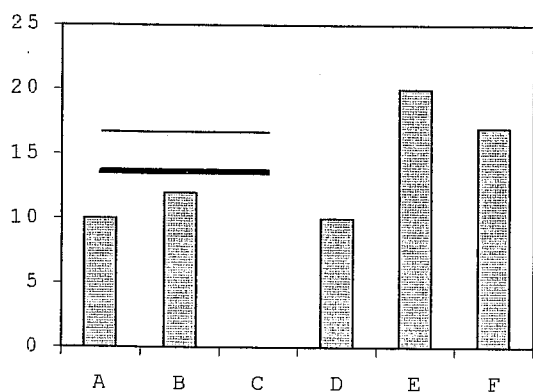
Rejeição Pai



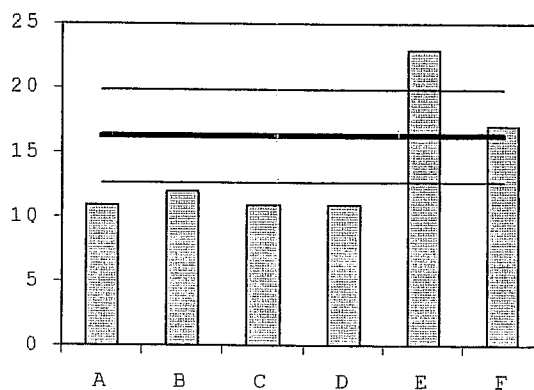
Rejeição Mãe



Sobreprotecção Pai



Sobreprotecção Mãe



Dados
 Média
 Desvio Padrão Sup.
 Desvio Padrão Inf.

9.4. Representação da Proximidade Emocional Paterna e Materna, percebidas durante o Ciclo de Vida

O objectivo da utilização do Desenho de Círculos Representativos da Família (DCRF) consistiu na avaliação das relações de proximidade emocional que as participantes estabeleceram com cada um dos pais, em separado, ao longo dos estádios de desenvolvimento, desde o nascimento, até à actualidade. Como o *EMBU*, esta versão também é de Canavarro (1997), referindo a autora que estas duas técnicas se complementam.

Neste estudo, introduziu-se um item que permite a avaliação das relações de proximidade estabelecidas entre as participantes e os seus filhos alérgicos, também ao longo dos estádios de desenvolvimento destes (9.5).

Conforme as estatísticas descritivas para os diferentes estádios e para a relação com o pai e a mãe em separado, Canavarro evidencia que as médias na população portuguesa estudada, que nos serve de referência e de comparação a todo o estudo, para cada um dos períodos etários, apenas encontram diferenças significativas em função da idade, para o estágio correspondente a "actualmente" e para a relação com a mãe

correspondente a "actualmente" e para a relação com a mãe (não foi detectada qualquer sensibilidade ao efeito do sexo). Facto este que aponta para uma grande heterogeneidade na forma como a relação com a mãe é percebida. Além disso, os estudos da população portuguesa revelaram que, para ambos os progenitores, a distância percebida entre os círculos, aumentava ao longo do ciclo de vida.

Apesar das constatações de Canavarro (1977), procedeu-se ao estudo comparativo minucioso do comportamento de cada participante, em cada estágio considerado.

9.4.1. Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 0-5 Anos

Diferentemente dos resultados obtidos na população portuguesa, quatro das seis participantes A, B, D e F, representam a proximidade emocional percebida em relação ao pai, no período que vai desde o nascimento até aos cinco anos, como inferior à média, manifestando, assim, uma relação emocional muito próxima com o pai, nesta fase do desenvolvimento (Quadro 9.4.1).

Apenas a Participante E se situa na média considerada. A Participante C, que não viveu nunca com o pai e que nas outras provas não deu respostas em relação a ele,

curiosamente, assinala a proximidade emocional sempre igual e excessivamente grande.

Quadro 9.4.1. Valores das Participantes no DCRF de 1-5 Anos, em relação ao Pai e à Mãe e População Geral (Média e Desvio Padrão)

	Pai	Pai	Mãe	Mãe
	População Geral		População Geral	
Part. A	10.02+-1.48	--	6.30+-2.34	=
Part. B	10.02+-1.48	-	6.30+-2.34	=
Part. C	10.02+-1.48	+++	6.30+-2.34	=
Part. D	10.02+-1.48	--	6.30+-2.34	=
Part. E	10.02+-1.48	=	6.30+-2.34	=
Part. F	10.02+-1.48	--	6.30+-2.34	++

Legenda: = dentro dos valores médios

- 1 DP abaixo da média

++ 2 DP muito acima da Média

-- 2 DP muito abaixo da Média

Relativamente à proximidade emocional materna percebida pelas participantes desde o nascimento até aos cinco anos, os valores obtidos, praticamente não se afastam da média, a não ser a Participante F, que a excede.

9.4.2. Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 6-10 Anos

No período que vai desde os seis aos dez anos, ou período escolar, a amostra evidencia um comportamento mais irregular do que no período anterior (Quadro 9.4.2).

Quadro 9.4.2. Valores das Participantes no DCRF de 6-10 Anos, em relação ao Pai e à Mãe e População Geral (Média e Desvio Padrão)

	Pai		Mãe	
	População Geral		População Geral	
Part. A	9.76+-2.48	-	7.13+-2.47	=
Part. B	9.76+-2.48	=	7.13+-2.47	=
Part. C	9.76+-2.48	+++	7.13+-2.47	-
Part. D	9.76+-2.48	=	7.13+-2.47	-
Part. E	9.76+-2.48	++	7.13+-2.47	+
Part. F	9.76+-2.48	=	7.13+-2.47	=

Legenda: = dentro dos valores médios

- 1 DP abaixo da Média

+++ 3 DP muito acima da Média

++ 2 DP muito acima da Média

Na relação de proximidade emocional com o pai, no período escolar, as Participantes B, D e F obtêm valores dentro da média. A Participante A mantém-se abaixo da média, muito próxima emocionalmente do pai e a Participante C mantém o valor constante, de grande afastamento emocional em relação a ele. A Participante E, como já referido, afasta-se da média da população em geral, com fraca proximidade emocional.

Na relação de proximidade emocional com a mãe, a Participante C, no período escolar, mantém o valor anteriormente percebido, mas, neste período, já é um valor considerado abaixo da média, denotando grande proximidade emocional e uma provável dificuldade de se

autonomizar. No mesmo período, a Participante D, também manifesta um comportamento aparentemente mais dependente da figura materna.

A Participante E, que estava dentro dos valores médios no período do nascimento aos cinco anos, neste período escolar, afasta-se emocionalmente de ambos os pais, com valores acima da média, evidenciando maior necessidade (ou exigência dos pais?) de se autonomizar.

9.4.3. Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 11-15 Anos

No período seguinte, considerado como o início da adolescência, é, de novo, saliente a proximidade emocional em relação ao pai, precisamente nas mesmas participantes que já a tinham evidenciado anteriormente, no período do nascimento aos cinco anos, A, B e D (Quadro 9.4.3)).

Quadro 9.4.3. Valores das Participantes no DCRF de 11-15 Anos, em relação ao Pai e à Mãe e População Geral (Média e Desvio Padrão)

	Pai	Pai	Mãe	Mãe
	População Geral		População Geral	
Part. A	11.19+-2.93	--	8.83+-2.86	-
Part. B	11.19+-2.93	-	8.83+-2.86	=
Part. C	11.19+-2.93	+++	8.83+-2.86	--
Part. D	11.19+-2.93	--	8.83+-2.86	-
Part. E	11.19+-2.93	+++	8.83+-2.86	=
Part. F	11.19+-2.93	=	8.83+-2.86	+

Legenda: = dentro dos valores médios

- 1 DP abaixo da Média

++2DP, +++ 3 DP muito acima da Média

-- 2 DP muito abaixo da Média

Revela-se, ainda, um grande afastamento emocional paterno nas Participantes C e E que, agora, se percepçiona como muito afastada emocionalmente do pai.

Relativamente à proximidade emocional à mãe, A, C e D mantêm-se emocionalmente, demasiado próximo dela, como se observa no Quadro 9.4.3.

9.4.4. Proximidade Emocional Paterna e Materna dos 16-20 Anos

Na proximidade emocional ao pai, no período do final da adolescência, a Participante A perde o pai, de quem estava muito próximo emocionalmente. Torna-se evidente uma grande

aproximação paterna de E, que reentra nos valores médios e mantém-se o afastamento de C. A Participante B, que se percepçiona agora como mais afastada do pai, aproxima-se, todavia, dos valores médios.

Quadro 9.4.4. Valores das Participantes no *DCRF*
de 16-20 Anos, em relação ao Pai e à Mãe e População Geral (Média e
Desvio Padrão)

	Pai	Pai	Mãe	Mãe
	População Geral		População Geral	
Part. A	13.41+-2.84	Faleceu	10.39+-2.77	-
Part. B	13.41+-2.84	=	10.39+-2.77	-
Part. C	13.41+-2.84	+++	10.39+-2.77	--
Part. D	13.41+-2.84	--	10.39+-2.77	-
Part. E	13.41+-2.84	=	10.39+-2.77	++
Part. F	13.41+-2.84	=	10.39+-2.77	=

Legenda: = dentro dos valores médios - 1 DP abaixo da Média
 ++2DP, +++ 3 DP muito acima da Média -- 2 DP muito abaixo da Média

Na proximidade emocional à mãe, a Participante E, que se tinha percebido como muito afastada emocionalmente do pai no período anterior, afasta-se agora da mãe, aproximando-se então do pai. As Participantes A, B, C e D aproximam-se emocionalmente da mãe, no final da adolescência, obtendo níveis inferiores à média da população.

9.4.5. Proximidade Emocional Paterna e Materna, Actualmente

O Quadro 9.4.5. representa a proximidade emocional percebida pelas participantes, no período actual, relativamente a ambos os pais, em separado.

Quadro 9.4.5. Valores das Participantes no DCRF de Actualmente, em relação ao Pai e à Mãe e População Geral

	Pai	Pai	Mãe	Mãe
	População Geral		População Geral	
Part. A	13.89+-2.83		11.67+-2.52	Faleceu
Part. B	13.89+-2.83	--	11.67+-2.52	--
Part. C	13.89+-2.83	+++	11.67+-2.52	---
Part. D	13.89+-2.83	--	11.67+-2.52	-
Part. E	13.89+-2.83	14	11.67+-2.52	=
Part. F	13.89+-2.83	-	11.67+-2.52	-

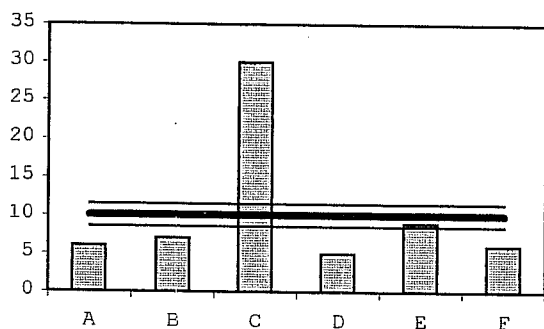
Legenda: = dentro dos valores médios - 1 DP abaixo da Média
 ++2DP, +++ 3 DP muito acima da Média -- 2 DP, ---3DP, muito abaixo da Média

Relativamente à Proximidade Emocional ao pai e contrariando, de novo, os resultados de Canavarro, (1977), não só as participantes B e D se aproximam emocionalmente, como ainda F se aproxima emocionalmente dele.

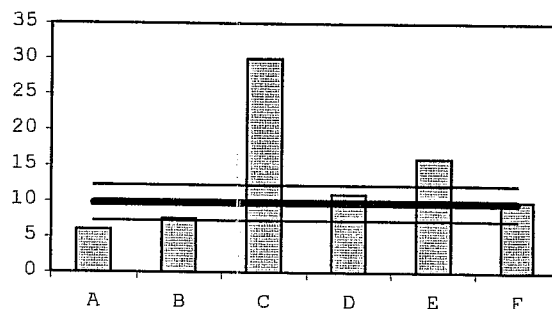
Na proximidade emocional à mãe, as Participantes B, C e D aproximam-se emocionalmente da mãe, como apresentando, todavia, valores inferiores aos da média da população.

É notório o facto de Actualmente, as participantes B e D se encontrarem muito próximas emocionalmente do pai e da mãe. F em relação ao pai e C em relação à mãe, juntam-se àquelas, contrariando os valores da população em geral.

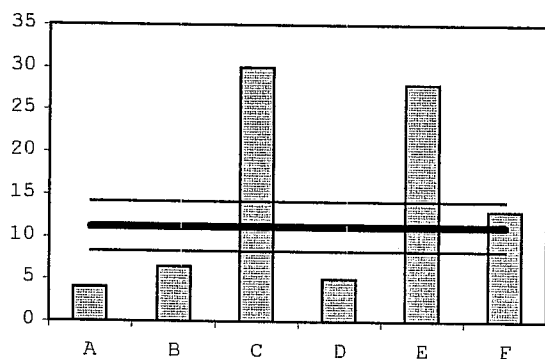
Proximidade Emocional Pai
1-5 Anos



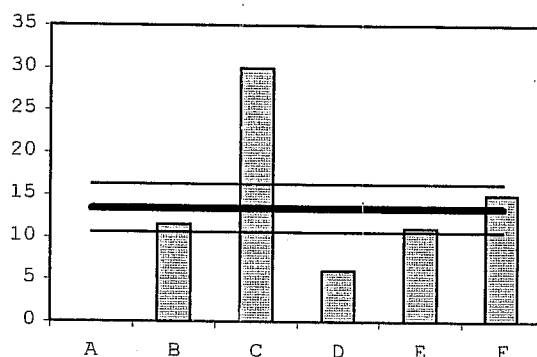
Proximidade Emocional Pai
6-10 Anos



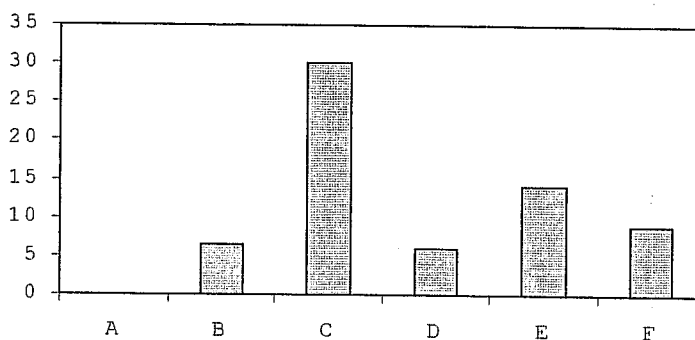
Proximidade Emocional Pai
11-15 Anos



Proximidade Emocional Pai
16-20 Anos

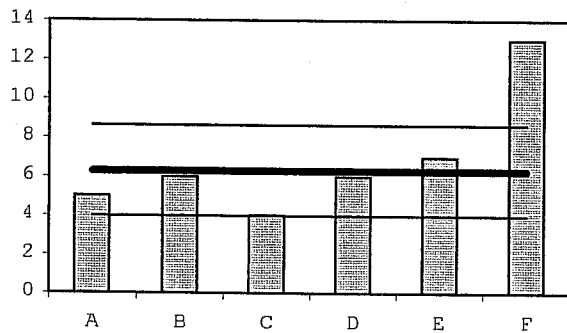


Proximidade Emocional Pai
Actualmente

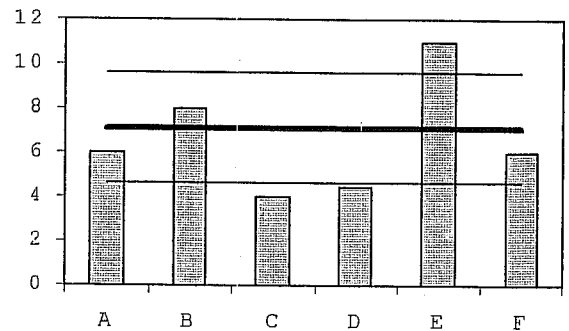


Dados
 Média
 Desvio Padrão Sup.
 Desvio Padrão Inf.

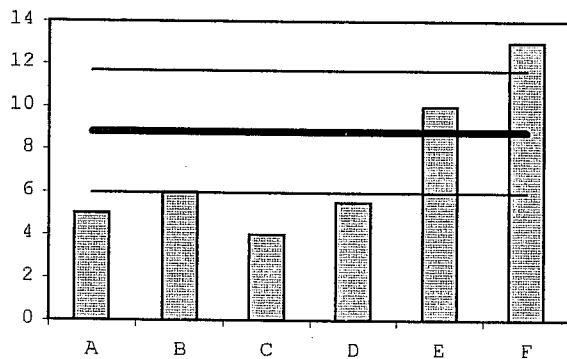
Proximidade Emocional Mãe
1-5 Anos



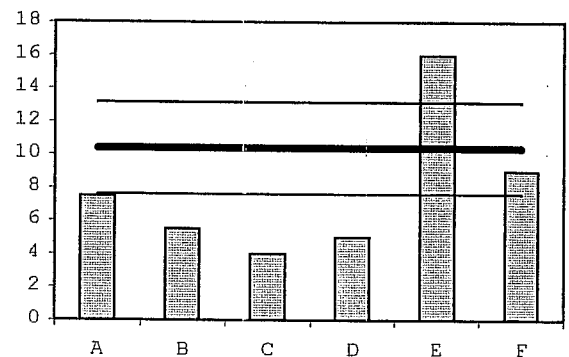
Proximidade Emocional Mãe
6-10 Anos



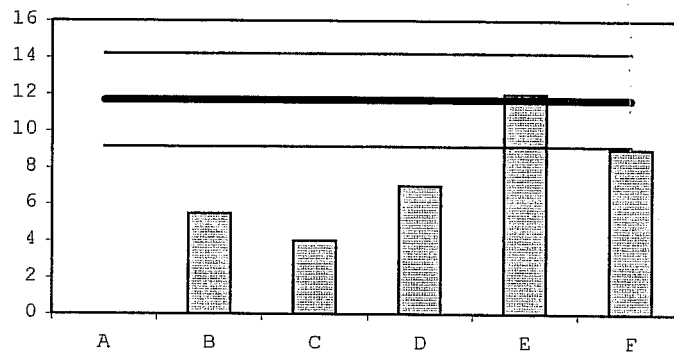
Proximidade Emocional Mãe
11-15 Anos







Proximidade Emocional Mãe
16-20 Anos



Proximidade Emocional Mãe
Atualmente



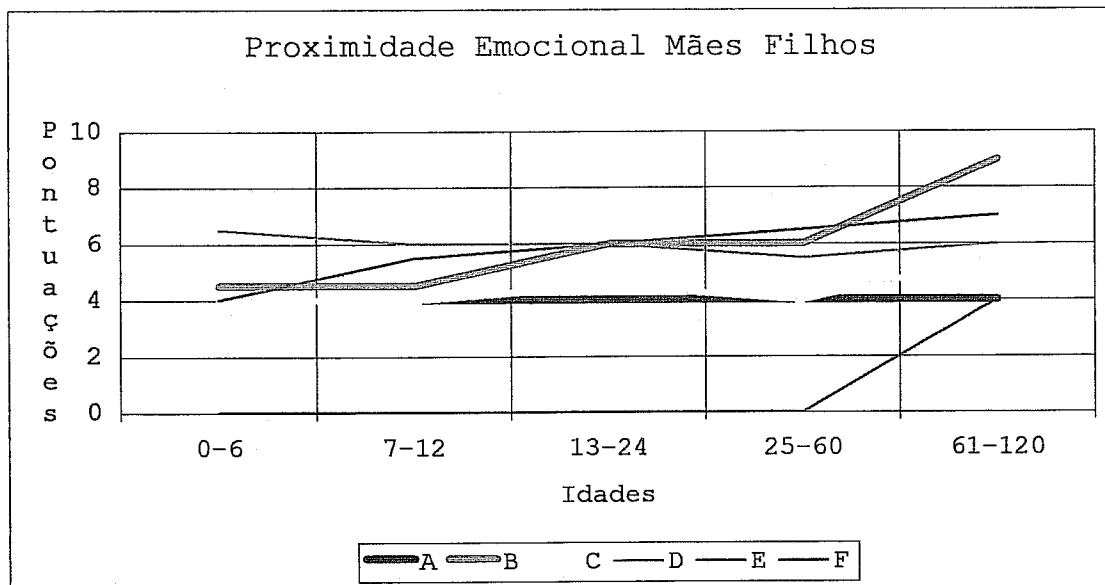
 Dados
  Média
  Desvio Padrão Sup.
  Desvio Padrão Inf.

9.5. Representação da Proximidade Emocional percebida em relação ao Filho Alérgico, desde o respectivo Nascimento, até à Actualidade (DCRF) (2)

O Quadro 9.5. apresenta o modo como as participantes avaliam a proximidade emocional que estabeleceram com os seus filhos alérgicos, desde o respectivo nascimento, até à actualidade, em meses. Neste estudo, constitui um item acrescentado ao Desenho de Círculos Representativos da Família, *DCRF* de Canavarro (1977) e a distância entre os círculos que representam a mãe e os que representam o filho, também é medida em milímetros.

Quadro 9.5. Representação Gráfica da Proximidade Emocional percebida pelas Participantes em relação ao seu Filho

Meses	ETAPAS				
	0-6	7-12	13-24	25-60	61-Actual
Part. A	4	4	4	4	4
Part. B	4,5	4,5	6	6	9
Part. C	4	4	4,5	4	5,5
Part. D	6,5	6	6	5,5	6
Part. E	0	0	0	0	4
Part. F	4	5,5	6	6,5	7



Não sendo evidente nenhum padrão comum às participantes, na representação gráfica da proximidade emocional de cada mãe em relação ao seu filho, é, todavia, notório, que as Participantes A, C e D têm mantido as proximidades emocionais em relação aos seus filhos. Contudo, as Participantes B, E e F apresentam já alguma distância emocional daqueles.

9.6. Tipo de Vinculação apresentado em relação aos Adultos

Na vinculação ao adulto avaliada pela Escala de Vinculação do Adulto, EVA e comparando com a estatística descritiva de Canavarro (1977), as participantes não se

afastam da média da população em geral nos factores da vinculação ansiosa e da vinculação segura.

Quadro 9.6. Valores obtidos pelas Participantes no EVA e Valores da População Geral (Média e Desvio Padrão)

Vinculação	Ansiosa	Segura	Evitante
PART. A	=	=	-
PART. B	=	-	=
PART. C	=	-	+
PART. D	=	=	++
PART. E	+++	=	=
PART. F	=	=	+
População Geral	17.885+-5.333	16.005+-2.881	12.313+-2.991

Legenda: = dentro dos valores médios

- 1 DP abaixo da Média

++2DP, muito acima da Média

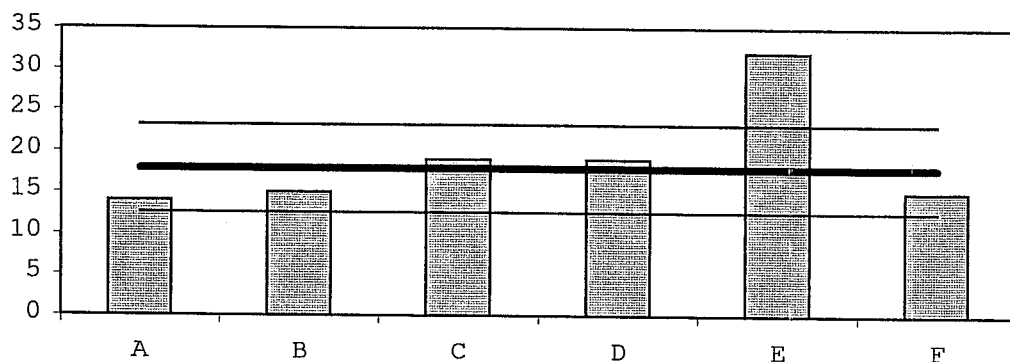
+++ 3 DP muito acima da Média

No factor da vinculação Evitante, as Participantes A, C, D e F já se afastam dos valores médios, evidenciando estratégias de diminuição da importância da relação e percepção dos parceiros como fontes indutoras de stresse e alvos de desconfiança.

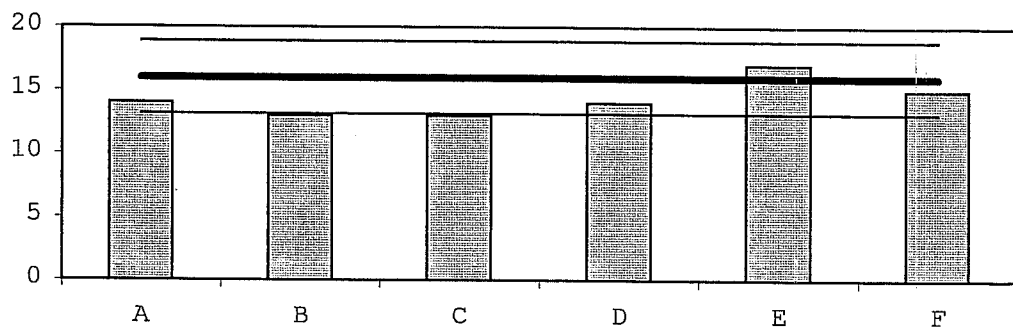
Desta análise, podemos inferir que as participantes não desenvolveram segurança na infância, não tendo encontrado sentimentos de confiança e disponibilidade na figura de vinculação, que se faz sentir ainda hoje, sem lhes conferir

uma base de aprendizagem de competências e dependência segura dos pares (cap. 2).

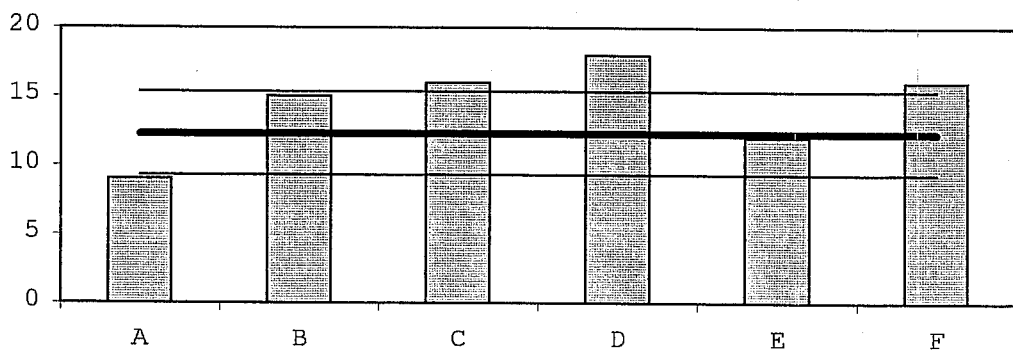
Vinculação Ansiosa



Vinculação Segura



Vinculação Evitante



Dados Média Desvio Padrão Sup. Desvio P. Inf.

9.7. Frequência de Sintomatologia Psicopatológica que evidencie Perturbação Psicológica (BSI)

Quadro 9.7. Valores obtidos pelas Participantes no BSI e Índice de Perturbação Emocional

	Somati zação	Obsess Compul	Sensib Interp	Depres são	Ansied ade	Hostil idade	Ansied Fóbica	Ideaçã Paran	Psicot icismo
Part. A	S	N	N	N	N	N	N	N	N
Part. B	S	N	N	N	N	N	N	N	N
Part. C	S	N	N	N	N	N	N	N	N
Part. D	S	S	S	S	S	N	N	N	N
Part. E	N	N	S	S	S	S	N	N	S
Part. F	N	N	N	N	N	N	N	N	N
I.P.E.	16.44+	17.1+	10.6+	17.3+	16.1+	11.5+	9.6+	11.9+	11.1+
	-7.03	-5.9	-2.3	-4.8	-4.9	-2.5	-0.4	-3.3	-2.88

Legenda: S, tem Índice de Perturbação Emocional

N, não tem Índice de Perturbação Emocional

Na análise do quadro 9.7. observa-se que:

- as Participantes A, B, C e D apresentam I.P.E. relacionada com Somatização
- as Participantes D e E apresentam I.P.E. relacionada com Sensibilidade Interpessoal, Depressão e Ansiedade
- a Participante D revela I.P.E. relacionado com Obsessão-compulsão

- A Participante E revela I.P.E. relacionada com Hostilidade e Psicoticismo.

O *BSI*, além dos sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia representados no I.P.E., avalia também três Índices Globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia:

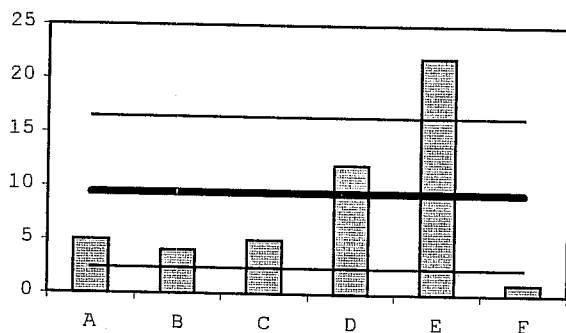
- O Índice Geral de Sintomas IGS, que leva em conta o número de sintomas psicopatológicos relacionado com a sua intensidade
- O Total de Sintomas Positivos TSP, que indica o número de sintomas assinalados
- O Índice de Sintomas Positivos ISP, que mostra a intensidade da sintomatologia relacionada com o número de sintomas presentes. Se $ISP \gg 1.7$, é provável que essas pessoas se encontrem perturbadas emocionalmente.

Quadro 9.8. Valores Médios obtidos pelas Mães no I.S.P. e Valores da População em Geral

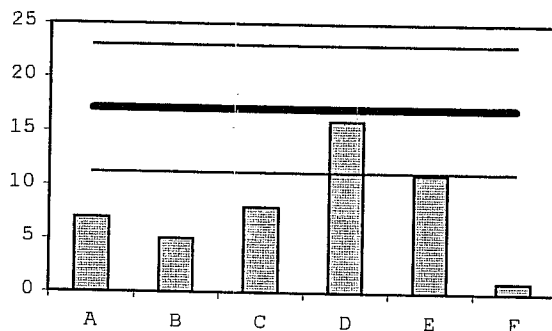
	I. S. P.
PART. A	1.2
PART. B	1.3
PART. C	1.6
PART. D	2.1
PART. E	2.7
PART. F	1.1
População Geral	<1.7

É provável que as Participantes D e E pertençam, de facto, ao grupo da população com perturbação emocional.

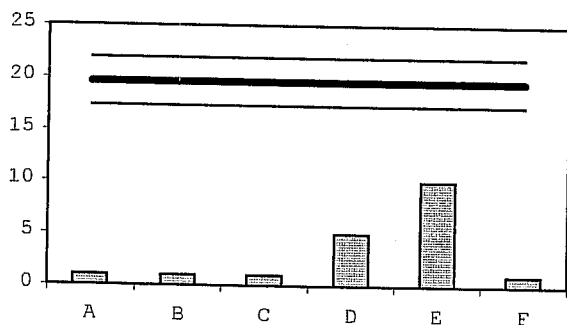
Somatização



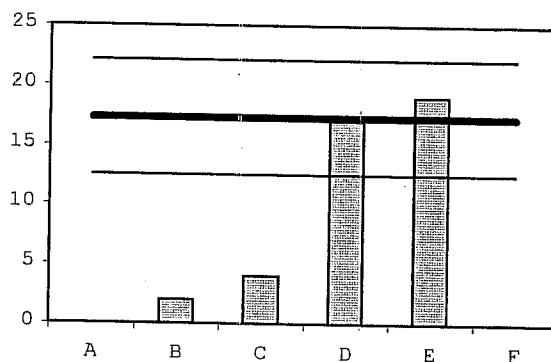
Obsessão-compulsão



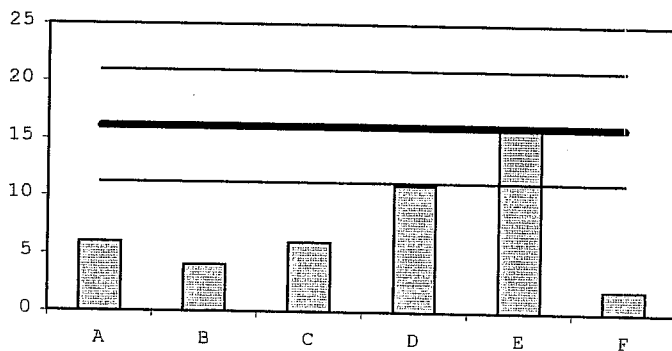
Sensibilidade Interpessoal



Depressão

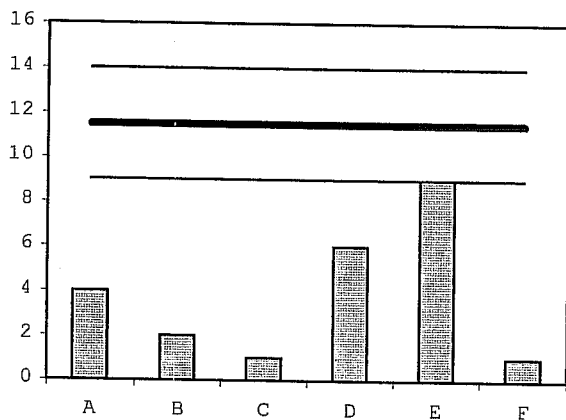


Ansiedade

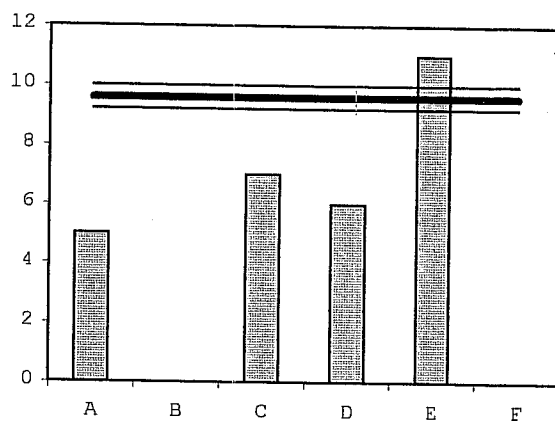


Dados Média Desvio Padrão Sup. Desvio Padrão Inf.

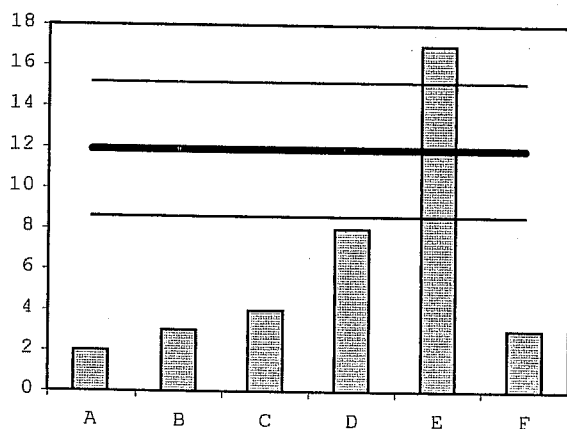
Hostilidade



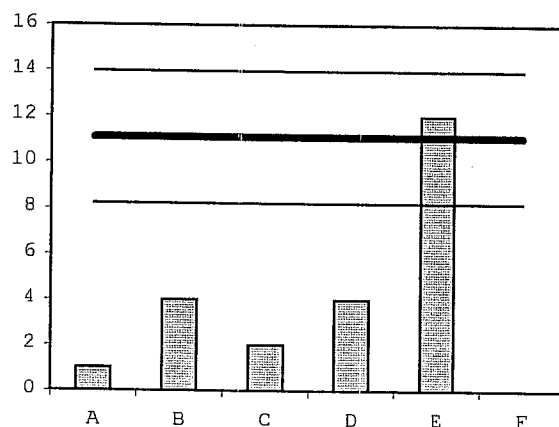
Ansiedade Fóbica



Ideação Paranóide



Psicoticismo



Dados
 Média
 Desvio Padrão Sup.
 Desvio Padrão Inf.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tornou-se evidente a existência de manifestações de tipo alérgico em todas as participantes, apesar de não serem aparentemente possuidoras de bases biológicas clinicamente significativas. Todavia, é evidente uma sintomatologia de Somatização em A, B, C e D.

Tomando como referência os valores da estatística descritiva de Canavarro (1999), verificou-se que as Participantes D e E apresentam uma perturbação emocional global associada a variada sintomatologia psicopatológica, com funcionamento defeituoso do eu. De facto, o desenvolvimento do afecto e o desenvolvimento das competências cognitivas para regulação dos afectos, estão intimamente relacionadas com as relações precoces que se estabeleceram entre filho e pais (Mota-Cardoso, 2001), como observado nos genossociogramas destas duas mães.

Como refere o autor, a emoção é a via essencial pela qual a mente emerge através da interface - processos neurobiológicos / relações interpessoais. O funcionamento da amígdala ficará muito determinado pela natureza da vinculação emocional do bebé (nos casos referidos, Evitante) com a figura de vinculação que serve de base de

segurança, ficando, assim, configurado, em consequência, um aspecto decisivo do carácter individual destas crianças, actualmente mães.

As deficiências alimentares, a infra-estimulação social e alguns dos maus tratos físicos e outros stressores, todos precoces (Seley, 1936, citado em Vaz Serra, 2000), podem ter regulado definitivamente o grau de adequabilidade da resposta dos respectivos eixos HPA, com consequências duradouras na sua repercussão sobre a estrutura do S.N.C., nomeadamente no córtice orbito-frontal e incrementado a sua vulnerabilidade à disfunção e o risco à doença das mesmas, não só enquanto crianças, como actualmente.

Pelo facto de as participantes terem todas revelado um tipo Evitante de Vinculação com os pares, percepcionando-os como fontes indutoras de stresse e alvos de desconfiança, pode ser a ilustração do facto de, nas práticas Educativas Parentais durante a infância e adolescência, terem sentido demasiados laços de Sobreprotecção, onde eram impostas experiências indutoras de stresse e adversidades, com exigência de regras rígidas às quais era necessária estrita obediência.

A procura da obtenção de uma experiência de segurança e conforto no relacionamento parental, apesar das mães não

sentirem Rejeição ou falta de Suporte Emocional em termos educativos, não foi obtida e não ficou, portanto, disponível (Parkes et al., 1999), não lhes permitindo acesso à capacidade para se moverem para fora, em direcção a uma base segura, com confiança para travar outros contactos.

Como crianças, não puderam ter as suas iniciativas, nem as respostas do meio self-objecto (Siegel, 1996) fizeram com que as suas capacidades continuassem a crescer e a desenvolver-se, contribuindo para a emergência do seu self nuclear. São as chamadas doenças de deficiência ambiental, como Winnicott (1990) magistralmente refere. Sem objectos transicionais, ou sem self-objectos para organizarem os impulsos e reduzir tensões, o oxigénio da vida psicológica que se encontra num ambiente firme, sustentado e convincente, necessário desde o nascimento até à morte (Siegel, 1996), é inexistente.

Contrariando os dados da estatística descritiva obtidos na população geral portuguesa por Canavarro (1999), onde era observado que, na idade actual os indivíduos mostram uma proximidade emocional mais afastada em relação a ambos os pais, devida a uma maior autonomia, salientou-se que, neste mesmo período do ciclo vital, as participantes no estudo têm tendência a estabelecer uma grande proximidade emocional com ambos os pais. Este facto leva-

nos a considerar que a psicanálise contemporânea e a articulação com a psicobiologia do desenvolvimento consistem numa alternativa para se compreender os efeitos psicológicos do stresse natural, das perdas dos objectos de amor e das mudanças de vida (Taylor, 1989).

De novo, de modo idêntico, as Participantes mostram esta mesma tendência de Sobreprotecção e grande Proximidade Emocional em relação ao filho alérgico, evidenciando o que Bowlby (1969), Ainsworth (1991), Main (1991) e outros encontraram a nível da transmissão transgeracional do padrão de vinculação inicial. Não se sentem confiantes para iniciar um novo tipo de relação, diferente, sanígeno, no dizer de Coimbra de Matos.

Estas mães reflectem, de um modo geral, dificuldades na autoregulação dos afectos e a consideração da possibilidade que as deficiências na estrutura psíquica podem desempenhar um papel mais importante do que os conflitos intrapsíquicos, tornou-se relevante quando se começou a constatar que certas capacidades cognitvas, através da regulação das emoções, têm uma influência reguladora também no funcionamento do corpo (Taylor, 1997), constituindo, de facto, factores de risco para uma variedade de doenças somáticas e psiquiátricas.

Este estudo foi sempre precedido e perseguido por convicções antigas e presentes da grande necessidade de atenção, compreensão e contenção das mães em geral, mas das mães com filhos doentes, especialmente. O seu sofrimento constante, solitário, lento, profundo e surdo-mudo, tem-nos suscitado grande homenagem, valor e reverência.

As dificuldades de relação precoce da díade, permitindo uma autoregulação deficitária no filho e originando uma maior vulnerabilidade psicossomática neles, requerem não só uma transformação dos objectos internos em representações de objectos, processo que é facilitado pelo objecto transicional e pelo desenvolvimento de uma adequada capacidade infantil de simbolização (Taylor, 1989). Com enorme prazer e respeito, temos tentado mostrar que podem acreditar que existe uma vinculação que não está necessariamente presente noutros laços afectivos, mas através da qual a procura de obter uma experiência de segurança e conforto num novo relacionamento, se torna possível - na partilha verdadeira desse sofrimento.

Deixa-se a sugestão que a mesma metodologia possa ser utilizada para estudar o funcionamento relacional, emocional e de vinculação de mães de crianças com outras doenças psicossomáticas, de modo a compreender melhor o que está por detrás do sofrimento silencioso, abafado e

bloqueado de mães que surgem a acompanhar os seus filhos nas consultas, de modo a acolhê-las com atitudes de confiança e proporcionando uma base segurança susceptível de lhes proporcionar uma relação inédita que comece a desencadear, com a sua participação activa em espaços psicoterapêuticos, toda uma série de laços nócuos que fazem parte de um todo, de uma história que ainda tem partes por escrever. As sequências interactivas sintomáticas, percebidas e interpretadas, permitem que cada mãe e cada filho criem com mais liberdade, consciência e prazer, as suas próprias histórias pessoais com mais espaços de tranquilidade.

Neste sentido confirmativo, Golse (1999) refere parecer haver a nível imunológico (mas em negativo), como a nível fantasmático, uma transmissão transgeracional cujos efeitos psíquicos podem ser totalmente importantes, que se processa de modos diferenciados: ao nível da vinculação, da relação, mas também dos laços, principalmente quando o transgeracionanl é integrado num quadro de interacções afectivas e fantasmáticas, através do mecanismo íntimo da afinação ou sintonização afectiva de que fala Stern. Foi evidente nos genossociogramas traçados com as Participantes.

Acrescenta ainda que ao desenrolar do processo de simbolização do bebé e no confronto com a perda, pela auto-

activação dos seus traços mnésicos, corresponde o nascimento da vida psíquica. Esta vai influenciar e ser influenciada por pais e bebé, reciprocamente a nível dos seus conteúdos inconscientes. Quando os pais organizam o espaço físico de modo a que a criança tome lugar na tríade, representa uma condição necessária, mas não suficiente, para que a criança tenha, subjectivamente, o sentimento de ser, a três. É o aparecimento da intersubjectividade, entre o sétimo e o nono mês de vida, que permite ao bebé passar da tríade comportamental, à tríade intra-psíquica, cuja oportunidade pensamos que as participantes não tiveram.

BIBLIOGRAFIA

Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In Parkes, C., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds.), Attachment across the life cycle (pp. 33 - 51). Londres e Nova York: Routledge.

Alexander, F. (1987). *Medicina psicossomática, princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Obra original publicada 1949)

Bertalanffy, L. (1977). *Teoria geral dos sistemas*. Petrópolis: Vozes Editora.

Bion, W. R. (1991). *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada 1962)

Bretherton, I. (1991). The roots and growing points of attachment theory. In Parkes, C., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds), Attachment across the life cycle (pp. 9 - 32). Londres e Nova York: Routledge.

Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1976)

Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1969)

Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1979)

Bowlby, J. (1998). *Separação, angústia e raiva* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1973)

Bowlby, J. (1998). *Perda, tristeza e depressão* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1973)

Camilo, L. (1992). *A criança com alergia alimentar. Contribuição para o estudo morfológico, imunológico e funcional da mucosa intestinal*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto.

Chbani, H., & Pérez-Sánchez, M. (1998). *O quotidiano e o inconsciente, O que se observa torna-se mente*. Lisboa: Climepsi.

Cohen-Solal, J., & Golse, B. (2002). *No início da vida psíquica, O desenvolvimento na primeira infância*. Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada 1999)

Coimbra de Matos, A. (1989). O inconsciente primário ou virtual e a psicossomática. In H. S. M. (Ed.), Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (pp. 309 - 316). *Psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Autor.

Coimbra de Matos, A. (1989). Patologia psicossomática, perspectivas psicanalíticas. In H. S. M. (Ed.), Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (pp. 61 - 74). *Psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Autor.

Dejours, C. (1988). *O Corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e crise* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada 1968)

Fairbairn, R. (2000). *Estudos psicanalíticos da personalidade* (2ª ed.). Lisboa: Vega.

Fraisse, P. (1977). Des différents modes d'adaptation au temps. In Fraisse, P., Halberg, F., Lejeune, H., Michon, J. A., Montangero, J., Nuttin, J., & Richelle, M. (Eds.), Du temps biologique au temps psychologique (9-19). Poitiers: PUF.

Freud, A. (1968). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular. (Obra original publicada 1946)

Freud, A. (1972). *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris: Gallimard.

Freud, S. (1948). *Moïse et le monothéisme*. Paris: Gallimard.

Freud, S. (1968). *Totem et tabou*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

Freud, S. (2001). *Textos essenciais da psicanálise* (2ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América. (Obra original publicada xxxx)

Gameiro, J. (1992). *Voando sobre a psiquiatria, Análise epistemológica da psiquiatria contemporânea*. Porto: Afrontamento.

Gauthier, M. (2001). *Sonho, ritmo e somatização no bebé*. In Sami-Ali, Cady, S., Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J., Mendes Pedro, A., & Robert, M. (Eds.) Sonho e psicossomática (77-96). Lisboa: Dinalivro. (Obra original publicada 1992)

Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. Paris: PUF.

Golse, B. (2001). *Insistir existir, Do ser à pessoa*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada 1990)

Grotstein, J. S., & Rinsley, D. B. (1994). *Fairbairn and the origins of object relations*. Londres e Nova Iorque: The Guilford Press.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada 1989)

Halberg, F. (1977). Les ritmes biologiques et leurs mécanismes. In Fraisse, P., Halberg, F., Lejeune, H., Michon, J. A., Montangero, J., Nuttin, J., & Richelle, M. (Eds.), Du temps biologique au temps psychologique (21-69). Poitiers: PUF.

Haynal, A., & Pasini, W. (1984). *Médecine psychosomatique* (2^e éd.). Paris: Masson.

Holmes, J. (1993). *John Bowlby & attachment theory*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Ierodiakonou, C. S. (2001). The psychosomatic approach in childhood disorders: some psychodynamic and psychoterapeutic issues. Revista Portuguesa de Psicossomática, 3 (1), 45-55.

Jouvet, M. (1995). *O sono e o sonho*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kohut, H. (1988). *Psicologia do self e a cultura humana*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Kreisler, L., Fain, M., & Soulé, M. (1981). *A criança e seu corpo, Psicossomática da primeira infância*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada 1974)

Lagache, D. (1955). *La psychanalyse*. Paris: PUF.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1971). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1986). *O nascimento psicológico da criança* (2^a ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada 1975)

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) model of attachment: findings and directions for future research. In Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (Eds.), Attachment across the life cycle. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Martinez, J., & Raymond, K. (1998). *Neurobiology of learning and memory*. San Diego: Academic Press.

Marty, P., M'Uzan, M., & David, C. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.

Maturana, H. (1996). Biologia e psicanálise: o amor como interface. In Pellanda, L. E., & Maria C., N., Psicanálise hoje, Uma revolução do olhar (419-689). Lisboa: Vozes Editora.

Milheiro, J. (2001). O Corpo Sabe... Revista Portuguesa de Psicossomática: 3 (2), 9-38.

Minuchin, S., Rosman, B., & Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Londres: Harvard University Press.

Montangero, J. (1977). La g nese des raisonnements et des concepts temporelles. In Fraisse, P., Halberg, F., Lejeune, H., Michon, J. A., Montangero, J., Nuttin, J., & Richelle, M. (Eds.), Du temps biologique au temps psychologique (175-213). Poitiers: PUF.

Mota-Cardoso, R. (1989). Perspectivas actuais da medicina psicossomática. In H. S. M. (Ed.), Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (pp. 37 - 57). *Psiquiatria de liga o e psicossomática*. Lisboa: Autor.

Mota-Cardoso, R. (1999). Introdução. In Marina Dinis Ed. Reflexões sobre psicossomática, (pp. 7 - 10). Lisboa: Autor.

Mota-Cardoso, R. (2001). Auto-regulação dos Sistemas Naturais. Revista Portuguesa de Psicossomática: 3 (2), 39-96.

Onnis, L. (1989). *Corps et contexte, Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*. Paris: ESF.

Onnis, L. (1996). *Les langages du corps: La révolution systémique en psychosomatique*. Paris: ESF.

Ouakinin, S. R. S. (2000). *Psicoimunologia e sida*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.

Parkes, C. M., Stevenson-Hinde, J., & Marris, P. (1991). *Attachment across the life cycle*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Radke-Yarrow, M. (1991). Attachment patterns in children os depressed mothers. In Parkes, C., Stevenson-Hinde, J. & Marris, P. (Eds), Attachment across the life cycle (pp. 115 - 126). Londres e Nova Yorque: Routledge.

Sami-Ali, (1984). *Le visuel et le tactile, Essai sur la psychose et l'allergie*. Paris: Bordas.

Sami-Ali, Bertolous, S., Cady, S., Gauthier, J-M., Porcelli, P., Todarello, O., Roseau, C., & Rotbard, S. (1996). *Alergie & psychosomatique*. Paris: CIPS.

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

Schützenberger, A. A. (1998). *The ancestor syndrome*. Londres e Nova Iorque: Routledge. (Obra original publicada 1993)

Segal, H. (1983). *A obra de Hanna Segal*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada 1981)

Selvini-Palazzoli, M. et al. (1978). *Paradoxe et contreparadoxe*. Paris: ESF.

Siegel, A. M. (1996). *Heinz Kohut and the psychologie of the self*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

Silva, M. M. A. (1997). *Criança asmática, Subsídios para a compreensão das interrelações familiares da criança asmática*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Soares, I. M. C. (1996). *Representação da Vinculação na Idade Adulta e na Adolescência, Estudo Intergeracional*:

Mãe-Filho(a). Braga: Serviço de Publicações, Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho.

Sociedade Portuguesa de Psicossomática (1999). Reflexões sobre psicossomática. Lisboa: Marina Dinis.

Spitz, R. A. (1980). *O primeiro ano de vida* (2.^a ed.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1965)

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós. (Obra original publicada 1985)

Stern, D. (1992). *Bebé mãe: primeira relação humana*. Lisboa: Salamandra.

Szwec, G. (1993). *La psychosomatique de l'enfant asthmatique*. Paris: PUF.

Taylor, G. J. (1989). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis* (2nd ed.). Madison, Connecticut: International Universities Press.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation, Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Testu, F. (1994). *Chronopsychologie et rythmes scolaires* (3^e éd.). Paris: Masson.

Valdés, M. (2000). *Psicobiología de los síntomas psicossomáticos*. Barcelona: Masson.

Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias (2ª ed.)*. Coimbra: Autor.

Wallon, H. (1966). *Do acto ao pensamento*. Lisboa: Portugália. (Obra original publicada 1942)

Widlöcher, D., Laplanche, J., Fonagy, P., Colombo, E., Scarfone, D., Fédida, P., André, J., & Squires, C. (2000). *Sexualité infantile et attachement*. Paris: PUF.

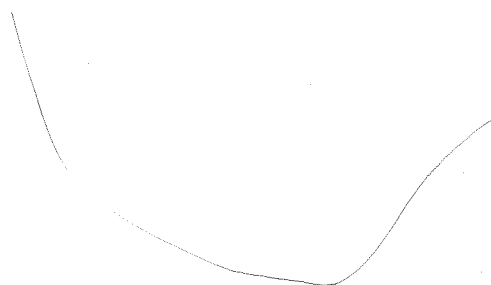
Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 1979)

Winnicott, D. W. (1990). *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Obra original publicada 1988)

Winnicott, D. W. (1984). *Trough paediatrics to psychoanalysis*. Londres: Karnac Books.

Workshops do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria (1988/89). *Psiquiatria de ligação e psicossomática*. Lisboa: Autor.

APÊNDICES



APÊNDICE I

Carta à Professora Cristina
Canavarro

Teresa Maria Dias Lopo
Rua Egas Moniz, 393, 1º Dto
2765 - 479 Estoril

Exma Senhora Professora
Doutora Cristina Canavarro

Teresa Maria Dias Lopo, psicóloga clínica licenciada pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pós-graduada em Intervenção Familiar Sistémica pelo Instituto de Terapia Familiar, docente em regime de tempo parcial na Escola Superior de Saúde do Alcoitão e aluna do 2º ano do Mestrado em Psicossomática, interessando-me desde há muito pelas questões relacionadas com a psicopatologia das relações familiares, e actualmente investigando sobre o tipo de vivências relacionais estabelecidas durante a história de vida de mães de rapazes alérgicos alimentares - na faixa etária dos oito aos treze anos inclusive, e sobre o tipo de vivências relacionais que estas crianças e as respectivas mães têm tendência a estabelecer, venho deste modo solicitar autorização para utilizar no referido estudo os instrumentos

- . *Desenho de Círculos Representativos da Família*
- . *Escala de Vinculação do Adulto*
- . *BSI*
- . *Memórias de Infância*

nas referidas versões portuguesas dos Serviços dos Hospitais Universitários de Coimbra. Agradeço que, em resposta afirmativa à minha solicitação, me sejam facultadas as referidas Matrizes de Correção a fim de poder levar a bom porto o trabalho que empreendi e que consiste em procurar elementos dos perfis e dos desvios de Saúde Mental destas mães que possam estar associados com os perfis dos filhos (a ser estudado por uma colega noutra trabalho).

Dado que já tinha enviado uma carta em Junho passado ao Exmo Sr. Professor Doutor Vaz Serra a solicitar a respectiva autorização mas não obtive resposta, venho agora, directamente, e já muito atrasada nos prazos, solicitar à Exma Srª Professora Doutora que me seja dada esta colaboração.

Agradeço toda a atenção e disponibilidade, cumprimentando respeitosamente

Teresa Maria B. R. Dias Lopo

S. João do Estoril, 1 de Setembro de 1999

APÊNDICE II

Carta - Resposta da Professora
Cristina Canavarro



FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Maria Cristina Sousa Canavarro
Rua Padre Américo, 42, 3º Esq.
E-Mail- jcanavarro@interacesso.pt

Exma. Senhora

Dra. Teresa Lopo

Foi com prazer que tomei conhecimento do seu interesse sobre a área da psicopatologia familiar.

Venho, com a presente, autorizar a utilização das versões Portuguesas desenvolvidas por mim própria das escalas e seguintes questionários de auto-resposta: BSI; EMBU; EVA; DCRF.

Em relação aos procedimentos de cotação dos referidos instrumentos, poderá obter indicações precisas através da bibliografia específica, indicada no livro *Relações Afectivas e Saúde Mental*, da Quarteto Editora.

Com os votos de bom trabalho, despeço-me cordialmente

José António Canavarro

Coimbra, 99/Out/23

APÊNDICE III

Inquérito efectuado no H. S. M.

Nome: _____

Idade: _____ Ano de escolaridade: _____

Telefone mais acessível: _____

Dados Pessoais:

1. A que alimentos é alérgico?

2. Quais os sintomas da alergia?

3. Desde quando é alérgico?

- desde que nasceu
- depois dos 6 meses
- depois dos 12 meses
- depois dos 2 anos
- no último ano
- nos últimos 6 meses

4. Tem outras alergias sem ligação à alimentação?

- sim
- não

Quais?

5. Já esteve internado por causa de crises alérgicas?

- sim
- não

Quantas vezes?

Desde quando?

6. Há alguma época do ano em que faz mais crises?

- sim
- não

Qual?

7. Sem a presença dos adultos é capaz de evitar os alimentos a que é alérgico?

- sim
- não

8. Come bem?

- sim
- não

9. Dorme bem?

- sim
- não

10. É seguido:

- com regularidade?
- só em crise?

11. Toma regularmente algum medicamento?

- sim
- não

Qual?

12. A alergia impede-o de ter uma vida normal?

- sim
- não

Em que medida?

13. Tem outras alergias além das alimentares?

- sim
- não

Quais?

14. Já foi observado em Psicologia?

- sim
- não

Porquê?

Quando?

15. Pratica algum desporto?

- sim
- não

Qual?

Dados Familiares

16. Há alergias nos pais?

	sim	não
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

17. Há alergias nos avós?

	avô	avó
paternos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maternos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

18. Nos tios/tias

paternos	<input type="checkbox"/>
maternos	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

19. Nos irmãos?

- sim
- não

De que tipo?

20. Que lugar ocupa na fratria

1° 2° 3° 4° Outro

Nome: _____

Idade: _____ Ano de escolaridade: _____

Telefone mais acessível: _____

Dados Pessoais:

1. A que alimentos é alérgico?

2. Quais os sintomas da alergia?

3. Desde quando é alérgico?

- desde que nasceu
- depois dos 6 meses
- depois dos 12 meses
- depois dos 2 anos
- no último ano
- nos últimos 6 meses

4. Tem outras alergias sem ligação à alimentação?

- sim
- não

Quais?

5. Já esteve internado por causa de crises alérgicas?

- sim
- não

Quantas vezes?

Desde quando?

6. Há alguma época do ano em que faz mais crises?

- sim
- não

Qual?

7. Sem a presença dos adultos é capaz de evitar os alimentos a que é alérgico?

- sim
- não

8. Come bem?

- sim
- não

9. Dorme bem?

- sim
- não

10. É seguido:

- com regularidade?
- só em crise?

11. Toma regularmente algum medicamento?

- sim
- não

Qual?

12. A alergia impede-o de ter uma vida normal?

- sim
- não

Em que medida?

13. Tem outras alergias além das alimentares?

- sim
- não

Quais?

14. Já foi observado em Psicologia?

- sim
- não

Porquê?

Quando?

15. Pratica algum desporto?

- sim
- não

Qual?

Dados Familiares

16. Há alergias nos pais?

	sim	não
Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

17. Há alergias nos avós?

	avô	avó
paternos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maternos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

18. Nos tios/tias

paternos	<input type="checkbox"/>
maternos	<input type="checkbox"/>

De que tipo?

19. Nos irmãos?

- sim
- não

De que tipo?

20. Que lugar ocupa na fratria

1° 2° 3° 4° Outro

21. Os irmãos têm alergias?

- sim
- não

A quê?

Dados sociais/escolares

22. É uma criança:

- muito activa?
- ansiosa
- nervosa
- meiga
- agressiva

23. Como se dá com os colegas?

- muito bem
- bem
- razoavelmente
- com dificuldade
- mal
- muito mal

24. Como se dá com os adultos?

- muito bem
- bem
- razoavelmente
- com dificuldade
- mal
- muito mal

25.É:

- dextro (direito)
- canhoto (esquerdo)
- ambidextro (indiferente)

26.A adaptação à creche foi:

- boa
- com algumas dificuldades
- com muitas dificuldades

27.Teve dificuldades de aprendizagem?

- sim
- não

28.Quem as detectou?

29.Gosta de aprender?

- sim
- não

30.Que actividades gosta mais?

31.Que actividades gosta menos?

32.A adaptação à escola foi:

- boa
- com algumas dificuldades
- com muitas dificuldades

33.Teve dificuldades de aprendizagem?

- sim
- não

34. Quem as detectou?

35. Gosta de aprender?

- sim
- não

36. Que actividades gosta mais?

37. Que actividades gosta menos?

38. Tem algo de importante a contar?

APÊNDICE IV

Anamnese das Participantes

QUESTIONÁRIO EM SITUAÇÃO DE ENTREVISTA

1. Com quem viveu durante a sua infância e adolescência?

2. Durante algum período da sua vida esteve separada dos seus pais por períodos superiores a um mês, não contando as férias?

3. Durante a sua infância e adolescência algum dos seus pais fez tratamento psicológico ou considera que sofria dos nervos?

4. (Se é casada) Há quanto tempo está casada? Durante quanto tempo namorou?

5. (Se não é casada) Namora ou mantém um relacionamento estável com alguém do sexo oposto? Desde há quanto tempo?

. o grau de felicidade no relacionamento conjugal é (sublinhe):

. extremamente infeliz

. muito infeliz

. infeliz

. feliz

. muito feliz

. extremamente feliz

. perfeito

6. Actualmente está a fazer tratamento psicológico?

7. Está ou esteve doente dos nervos? (Se sim) Há quanto tempo ocorreu essa situação?

8. Idade: _____

9. Grau de instrução _____

10. Profissão _____

11. Como era composta a sua família de origem?

12. Como é composta a sua família actual?

13. Observações importantes

17. História Escolar da Criança e Adolescente:

- . Visão . Audição . Mão
- . Como era o Interesse e a Facilidade pela aprendizagem
- . Observações

18. Situação Actual:

- . Saúde Clínica em geral -
- . Realização Profissional -
- . Estado Emocional mais comum -

19. Como está a sua preocupação em relação à doença do seu filho?

20. Como é a vossa relação actualmente?

. Observações

APÊNDICE V

Anamnese dos Filhos das Participantes

INFORMAÇÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO BIO-PSICOSSOCIAL

Nome da Criança _____

Data do Nascimento _____

Morada _____

Telefones (em caso de necessidade contactamos com) _____

Informação dada por _____

Data _____

I - IDENTIFICAÇÃO FAMILIAR

Pai - Nome _____

Idade _____ Profissão ou Actividade Profissional _____

Mãe - Nome _____

Idade _____ Profissão ou Actividade Profissional _____

Irmãos - Nomes e Idades _____

II - ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA GRAVIDEZ E NO NASCIMENTO

Foi necessário tratamento pré-natal? _____ Como decorreu a gravidez? _____

Qual a situação psicológica e fisiológica da mãe durante a gravidez? _____

Qual a situação psicológica do pai durante a gravidez? _____

Se a mãe esteve doente durante a gravidez, especifique _____

Quanto tempo durou a gravidez? _____ Idade da mãe quando nasceu a criança _____

Condições em que decorreu o parto (natural, provocado, outra) _____

Duração aproximada _____ Primeiras reacções do bebé (chorou espontaneamente, precisou de oxigénio, outras) _____

Peso _____ Altura _____ Apgar _____ Observações _____

Como foi a recuperação da mãe? _____

Atitudes dos familiares: como reagiu a mãe? _____ E o pai? _____

Como reagiram os avós maternos? _____ E os paternos? _____

Se já havia, como reagiram os irmãos? _____

Foi a mãe que cuidou do bebé? _____ Se teve ajudas, de quem? _____

Observações _____

III - DESENVOLVIMENTO GERAL DA CRIANÇA

A - SONO - Em bebé dormia bem? _____ Sozinha? _____ Se acompanhada, de quem e porquê? _____

_____ Actualmente vai para a cama de boa vontade?

_____ Sozinha? _____ Dorme bem? _____ Grita de noite? _____ Tem pesadelos?

_____ É sonâmbula? _____ Dorme num quarto individual? _____

Se sim, desde quando? _____ Quando acorda de noite, habitualmente o que faz?

Tem algum ritual para adormecer? _____

Observações _____

B - ALIMENTAÇÃO - Mamou ao peito? _____ Se sim, até que idade? _____

Comia normalmente, de menos ou de mais? _____ Posteriormente, quem dava a alimentação ao bebé? _____ Usa biberão? _____

Come normalmente, de menos ou de mais? _____ Sozinha? _____

Se não, quem ajuda? _____ Tem apetite? _____ Come à hora da refeição ou apenas quando tem fome? _____

Tem algum ritual próprio para a refeição? _____

Observações _____

C - PSICOMOTRICIDADE - Com que idade se aguentou sentada? _____

Se galinhou, com que idade? _____ Com que idade começou a andar? _____

Tinha ou tem o hábito de se balancear? _____ E de se agredir? _____

Até que idade usou fraldas de dia? _____ Ainda usa de noite? _____

Habitualmente faz xixi na cama? _____ É uma criança muito mexida? _____

Usa simultaneamente garfo e faca? _____ Aperta os botões? _____ Dá o laço? _____

Concentra-se facilmente nas suas actividades? _____ Prefere usar a mão direita ou a

esquerda? _____ Os pais tomam alguma atitude em relação a isso? _____

E para recortar que mão prefere? _____

Já se veste sozinha? _____ Se ainda não, porquê? _____

Observações _____

D - LINGUAGEM- Com que idade começou a dizer as primeiras palavras? _____

Era uma criança "trapalhona" ou explicava-se bem? _____

Teve dificuldade na dicção de alguns sons? _____ Trocava sílabas nas palavras? _____

Gaguejou? _____ Fala fluente e correctamente? _____ Desde que idade? _____

Observações _____

E - SAÚDE- Tem sido saudável? _____

Como decorreu o período da dentição? _____

Se tem alguma doença especifique _____ Desde que idade? _____

Habitualmente tem febres altas? _____ E convulsões? _____ Teve ou tem muitos

problemas de Garganta? _____ Ouvidos? _____ Nariz? _____

Esfera Digestiva (cólicas, vómitos, outros)? _____ Árvore Respiratória? _____

Esfera Cutânea (eczema, outros)? _____ Alergias? _____ Asma? _____

Dores de cabeça? _____ Depressões? _____

Se usa óculos, desde que idade e qual o problema _____

Se efectuou alguma intervenção cirúrgica, qual e em que idade _____

Foi detectada alguma anomalia que deva ser atentamente cuidada? _____

Tem oscilações de peso? _____ É uma criança ansiosa? _____

Observações _____

IV - ENVOLVIMENTO RELACIONAL

Com quem vive actualmente? _____ Desde quando? _____

Se vive separada de algum dos pais, há quanto tempo? _____

Algum dos pais se afasta regularmente da vida da criança? _____

Antes de entrar para o colégio quem cuidava da criança? _____

Com que idade entrou para um colégio? _____ Como foi o período de adaptação? _____

Mudou de colégio? _____ Várias vezes? _____ Mostra grande facilidade nalguma actividade específica? _____

Mostra dificuldade nalguma actividade específica? _____

Recebe apoio diário de outros familiares, amigos ou outras pessoas? _____

Em que circunstâncias? _____

Pratica regularmente alguma actividade desportiva, expressiva ou outra? _____

Com quem e quando brinca fora da escola? _____

Gosta de estar entretida a brincar sozinha? _____ Fala enquanto brinca? _____

Precisa sempre de companhia? _____ É tímida? _____

Observações _____

V - HÁBITOS E REGRAS DE COMPORTAMENTO

A família superprotege a criança? _____

A criança sente-se facilmente frustrada? _____ Amua quando contrariada? _____

Quando é frustrada supera harmoniosamente o conflito? _____

A família impõe disciplina normalmente? _____

Com regras fixas, flexíveis ou pontuais? _____

É uma criança bem disposta? _____ Afectuosa? _____ Com quem? _____

Agressiva? _____ Com quem? _____ Teimosa? _____

Com quem? _____

Tem algum tique? _____ Chucha na chupeta ou no dedo? _____

Tem o hábito diário de ir para a escola? _____ Vai satisfeita? _____

Chega a horas de poder ser recebida individualmente e de poder começar as actividades com o seu grupo? _____

É habitual avisar pela manhã a professora quando algo de "diferente" se passa e que pode eventualmente afectar a criança a nível emocional? _____

O comportamento em relação à sua maneira habitual de estar é idêntico no colégio e em casa? _____

O comportamento da criança em relação à disciplina é idêntico no colégio e em casa? _____

Quando fica ao cuidado de outros familiares, sem os pais, como se comporta? _____

Como prefere entreter-se? _____

Observações _____

ANEXOS

ANEXO I

Memórias de Infância, *EMBU*

EMBU

(C. Perris, L. Jacobsson; H. Lindstrom; L. Von Knorring & H. Perris; 1984)

Umea University (Department of Psychiatry & WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health); Groningen University (Department of Psychology); Universidade Técnica de Lisboa (Departamento de Educação Especial e Reabilitação); Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia (Departamento de Terapêutica do Comportamento).

Memórias de Infância

INSTRUÇÕES: Em seguida ser-lhe-ão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência

É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil lembrar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando éramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação.

Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente a Mãe, para avaliar o comportamento da sua mãe.

Por exemplo:

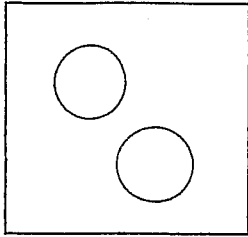
		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida.	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
9. Os meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por os tratar mal	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Se as coisas me corresse mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Eu era tratado(a) como a «ovelha ranhosa» ou como o «bode expiatório» da família	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais.	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

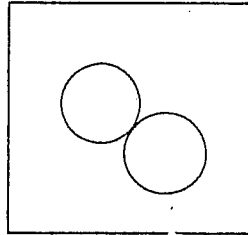
ANEXO II

Desenhos de Círculos
Representativos da Família, *DCRF*

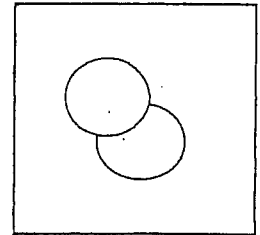
Desenho de Círculos Representativos da Família



ou



ou



Relação com a Mãe

1 - 5 Anos

6 - 10 Anos

11 - 15 Anos

16 - 20 Anos

ACTUALMENTE

--

--

--

--

--

Relação com o Pai

1 - 5 Anos

6 - 10 Anos

11 - 15 Anos

16 - 20 Anos

ACTUALMENTE

--

--

--

--

--

Relação com o Filho

Até aos 6 Meses

Até ao Ano

1 - 2 Anos

3 - 5 Anos

ACTUALMENTE

--

--

--

--

--

ANEXO III

Escala de Vinculação do Adulto, *EVA*

Escala de Vinculação do Adulto, EVA

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO IV

Inventário de Sintomas
Psicopatológicos, *BSI*

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavaro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sózinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>