

DM
MATA/MA

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA
2005-2007


TESE DE MESTRADO

O Remédio Invisível
Uma reflexão psicossomática sobre o cancro colo-rectal.
A importância da relação médico-doente.

Maria João dos Santos Rodrigues Nunes da Mata nº 14195

2008



 Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Certificado de
Registo

Registo: 18361

Data: 29/06/09

Tel.: 21 831 17 50 • ispa@ispa.pt

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA
2005-2007

TESE DE MESTRADO

O Remédio Invisível

Uma reflexão psicossomática sobre o cancro colo-rectal.

A importância da relação médico-doente.

Maria João dos Santos Rodrigues Nunes da Mata N°

DISSERTAÇÃO ORIENTADA POR: Dr. António Coimbra de Matos

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

2008

A medicina avançou tanto que já ninguém está são.

(Aldous Huxley, s.d., citado por Blech, 2006)

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço ao M, pela disponibilidade em partilhar a sua história de vida comigo.

Ao Dr. Coimbra de Matos, pelos ensinamentos inspiradores, por me alargar os horizontes na Psicologia, na Psicossomática, na vida...

Ao Prof. Doutor Mendes Pedro, por me passar a paixão pela Psicossomática.

Ao Prof. Doutor Luís Sobrinho.

Ao João, à Vera,...eles sabem porquê.

Resumo

A presente investigação teve como objectivos principais: (1) alcançar uma compreensão do sujeito afectado pelo cancro colo-rectal, seguindo uma abordagem psicossomática. Por um lado procura-se compreender se as características do sujeito constituem um factor de vulnerabilidade psicossomática e por outro, visou-se perceber, atendendo à história de vida e características do sujeito, o seu modo de reacção face à doença e suas implicações; (2) Explorar, através de um estudo de caso, a relação médico-doente e o seu efeito no doente e na doença. Assim visamos perceber a influência das características do médico no modo como o doente vive a doença e seu tratamento. Os instrumentos utilizados foram a Entrevista Clínica, a prova projectiva Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20). A reflexão feita e os resultados obtidos, permitiram-nos aceder à complexidade da relação médico-doente e sua influência na vivência do cancro, uma vez que a ausência de empatia entre estes dois actores parecem perturbar a atitude do sujeito face à doença e face ao tratamento. Para além disso verificamos que perante um identidade psicossomática, a vivência do cancro pauta-se pela hiperadaptação, a não contestação, tal como vive noutros contextos vivenciais.

Palavras-chave: Cancro colo-rectal. Psicossomática. Relação médico-doente.

Abstract

The main objectives of this research were: (1) achieve an understanding of the individual affected by colorectal cancer, according to a psychosomatic approach. On the one hand, we intend to understand if the individual's characteristics are a factor of psychosomatic vulnerability and on the other, understand the patient's reaction to the disease, having into account his characteristics and life events; (2) Explore, through a study case, the relationship between the patient and his doctor and its effect on the patient and the disease. Thus, we intend to comprehend the influence of the doctor's personality in the way by which the patient lives his disease and faces the treatment. We used as instruments the Clinic Interview, the projective test Rorschach and the Toronto Alexithimia Scale (TAS-20). The theoretic reflection and the results obtained, allow us to understand the complexity of patient-doctor relationship and its influence in living cancer disease, once the absence of empathy between these two actors seems to disturb the individual's attitude towards the disease and its treatment. Besides that, we observed that in psychosomatic identity, facing cancer disease is characterized by hiperadaptation, repressed anger, also present in other living contexts of the patient.

Key-words: Colorectal cancer. Psychosomatics. Patient-doctor relationship.

Índice

1. Introdução.....	p.1
2. Algumas Considerações Históricas sobre Medicina. A Medicina Actual.....	p.3
2.1. <i>O que (não) mudou. Algumas considerações sobre a Medicina na Actualidade.....</i>	p.8
3. Cancro.....	p.10
3.1. <i>Situação em Portugal.....</i>	p.14
3.2. <i>Cancro Colo-rectal.....</i>	p.14
3.2.1. <i>A situação em Portugal.....</i>	p.16
4. Aspectos Psicológicos associados ao Cancro.....	p.17
5. Psicossomática.....	p.20
5.1. <i>Alexitimia.....</i>	p.27
5.2. <i>Psicossomática e Cancro.....</i>	p.31
6. Relação Médico-Doente.....	p.35
6.1. <i>Relação médico-doente na doença oncológica.....</i>	p.42
7. Metodologia.....	p.44
7.1. <i>Delineamento.....</i>	p.44
7.2. <i>Participante.....</i>	p.44
7.3. <i>Procedimento.....</i>	p.44
7.4. <i>Instrumentos.....</i>	p.45
7.4.1. <i>Entrevista Clínica.....</i>	p.45
7.4.2. <i>Rorschach.....</i>	p.47
7.4.2.1. <i>Análise das pranchas.....</i>	p.49
7.4.2.2. <i>Rorschach e Psicossomática.....</i>	p.52
7.4.2.3. <i>A importância da prova projectiva na problemática psicossomática.....</i>	p.53
7.4.3. <i>Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).....</i>	p.53

8. Estudo de Caso.....	p.55
8.1. <i>História Clínica, Familiar e Pessoal.....</i>	p.55
8.2. <i>Análise da História Clínica, Familiar e Pessoal.....</i>	p.75
8.3. <i>Rorschach.....</i>	p.83
8.3.1. <i>Protocolo.....</i>	p.83
8.3.2. <i>Psicograma.....</i>	p.86
8.3.3. <i>Análise do Rorschach.....</i>	p.86
8.4. <i>Resultados obtidos na Escala de Alexitimia (TAS-20).....</i>	p.95
8.5. <i>Análise Global do Caso.....</i>	p.96
9. Conclusões.....	p. 98
10. Referências Bibliográficas.....	p.101

Índice Tabelas

Tabela 1 – Alguns tipos de cancro directamente relacionados com doenças inflamatórias (Balkwill & Mantovani, 2001 citado por Servan-Schreiber, 2008).....	p.12
Tabela 2 – As principais influências sobre as defesas imunitárias face à inflamação (adaptado de Servan-Schreiber, 2008).....	p.34

Índice Gráficos

Gráfico 1- Distribuição da pontuação obtida na TAS-20 pelo 3 factores que a constituem.....	p.96
---	------

1. Introdução

Recentemente o domínio do saber e da prática médica tem sido alvo de uma grande agitação, tal a significância das transformações que têm tido lugar na nossa sociedade.

O aumento da esperança de vida, a evolução da medicina e o aparecimento crescente de tratamentos e medicação cada vez mais desenvolvidos, reduziram a fatalidade de algumas afecções e trouxeram à sociedade actual um maior número de doenças crónicas. Este facto põe em evidência a necessidade de uma transformação no que concerne à prática médica, sendo urgente repensar várias dimensões da realidade da saúde e da doença, do médico e do doente e da relação entre ambos, que pela cronicidade da doença, adquire, muitas vezes uma constância e permanência no tempo específicas.

Alguns da investigação que se tem debruçado sobre as implicações da psicologia na prática da medicina, tem vindo a corroborar a ideia de que a substância mais utilizada em medicina geral é o próprio médico, ou seja, não é apenas o medicamento que tem significado, mas acima de tudo a forma como o médico o prescreve ao seu doente e a atmosfera em que a substância é dada e tomada. A pobreza de informações acerca desta questão é impressionante e assustadora, essencialmente se considerarmos a investigação que é feita sobre outros fármacos (Balint, 1998).

O cancro tem sido associado ao grupo de doenças que mais ameaçam a integridade física e psicológica dos sujeitos provocando efeitos profundos no modo como a pessoa afectada por esta doença, se vê e percebe o meio circundante. Por todas as questões que esta doença levanta a nível individual, emocional e social, parece-nos pertinente desenvolver a questão da relação médico-doente, na patologia oncológica.

Na presente investigação abordou-se a problemática do cancro colo-rectal, segundo um olhar psicossomático, ou seja, procurámos entender o sujeito afectado por esta doença, atendendo à sua história de vida, aos seus padrões de relação, aos

seus vários contextos, à vivência da sua própria doença e muito em particular à relação com os seus médicos durante o tratamento.

A forma como cada doente vive a doença oncológica depende de uma rede multifactorial que inclui: tipo de diagnóstico e prognóstico, o tratamento, o suporte familiar, a rede social do sujeito e, segundo a nossa perspectiva também as próprias características do doente podem condicionar a predisposição à doença bem como a sua evolução. Defendemos também que um dos factores de peso, que integra esta rede multifactorial, é a relação que o doente estabelece com os seus médicos.

Sendo uma doença crónica e considerando que o médico é a figura central do acompanhamento ao longo de todo o processo, desde o diagnóstico a fases mais avançadas, vemos esta relação como fulcral na atitude do doente face à doença e face ao tratamento.

Para além disso, cremos que uma relação médico-doente onde exista uma negociação equilibrada entre o tratamento eficaz da doença e a não diminuição da qualidade de vida do doente é de importância vital, para uma progressão favorável a nível físico e psicológico.

Assim, os objectivos principais desta investigação são:

1) Alcançar uma compreensão do sujeito afectado pelo cancro colo-rectal, seguindo uma abordagem psicossomática. Por um lado procura-se compreender se as características do sujeito constituem um factor de vulnerabilidade psicossomática e por outro, visou-se perceber, atendendo à história de vida e características do sujeito, o seu modo de reacção face à doença e suas implicações. Nesta sequência, através do Rorschach e da Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) procurou-se compreender melhor a personalidade do sujeito e avaliar se há a presença de alexitimia no estudo de caso em questão.

2) Explorar, através de um estudo de caso, a relação médico-doente e o seu efeito no doente e na doença. Assim visamos perceber a influência das características do médico no modo como o doente vive a doença e seu tratamento.

3) Em suma, procurou-se olhar para a pessoa afectada pelo cancro colo-rectal, atendendo às suas especificidades e vicissitudes individuais, mas acima de tudo, olhar para as relações que este estabelece, nomeadamente com os seus médicos.

2. Algumas Considerações Históricas sobre Medicina. A Medicina Actual

“O erro presentemente disseminado entre os homens é o de pretenderem empreender separadamente a cura do corpo e do espírito”

(Platão., s.d. citado por Haynal, Pasini & Archinard, 1998)

Sabe-se que a Medicina Hipocrática nasceu na Grécia em meados do séc.IV a.C. e teve como referência Hipócrates. Qualificar a Medicina Hipocrática como científica requer algumas reservas, porque não é comparável a ciência desse tempo com a actual. Por outro lado, se entendermos a ciência num sentido mais vasto, a produção racional de leis gerais explicativas dos fenómenos baseada na observação sistemática de casos individuais, acompanhadas de princípios e métodos de investigação, estaremos sem dúvida, perante uma nova atitude face à doença, sendo o primeiro esforço da Medicina para se libertar do pensamento mágico e constituir-se como racionalidade (Carvalho, 2002).

A doença não era tida como exterior ao indivíduo, mas como algo que no seu interior sofre desequilíbrio. Por seu lado a saúde era identificada como o estado natural, sendo o natural o modelo do *normal*. O conceito de *normal* como natural insere-se no pensamento filosófico que antecedeu e segundo alguns autores, fundamentou, efectivamente, a possibilidade do surgimento da Medicina Hipocrática. A natureza era entendida pela filosofia jónica com um sentido de globalidade, dado que tudo o que existia constituía um todo organizado e só podia ser compreendido como constituinte desse mesmo todo. Esta visão totalizadora transitou para a Medicina Hipocrática que conhecia e explicava o adoecer na relação entre o homem doente e o seu meio circundante. O olhar do médico não se dirigia apenas ao corpo doente; era requisitado para estar atento aos sinais transmitidos pela natureza, no seu todo (Carvalho, 2002).

O livro *De l'ancienne médecine* referenciado por Littré (1839) como o primeiro livro da colecção hipocrática, é tido por muitos como o mais importante desta. Hipócrates critica o racionalismo *a priori*, propõe o seu método e traça a origem e evolução da medicina. A crítica é dirigida contra aqueles que, partindo inicialmente de uma hipótese, derivam dela uma causa única para todas as doenças. Da mesma forma como os filósofos pré-socráticos partiam de um pequeno número de elementos fundamentais para explicar a diversidade do mundo, muitos médicos do século V a.C. pretendiam fundar a arte da medicina sobre um ou dois princípios que sistematizam toda a patologia. Assim, Hipócrates critica a medicina “filosófica” e afirma a autonomia da arte médica em relação à filosofia. Na verdade, a medicina e a filosofia são as primeiras disciplinas a libertarem-se da religião (citado por Gusmão, 2006).

A partir desta crítica, Hipócrates expõe o seu método: a medicina deve apoiar-se sobre observações, sobre factos, e afirma que o corpo humano, para ser conhecido deve ser estudado em relação com o meio ambiente. O único caminho para a compreensão da natureza do homem é a observação utilizada pelos médicos, e não o método *a priori* dos cosmólogos (citado por Gusmão, 2006).

Hipócrates traça a origem e a evolução da medicina a partir da evolução da alimentação humana. O nascimento da medicina confunde-se com a descoberta do regime alimentar. É o desenvolvimento da culinária adaptada aos diferentes tipos de doentes que marca o início da medicina propriamente dita. Desta forma, de acordo com o pensamento do século V a.C, Hipócrates coloca a medicina em bases racionais e atribui-a aos homens, e não aos deuses (Gusmão, 2006).

Durante o período clássico (Grécia e Império Romano) e através de Galeno, a medicina continuou a basear-se em Hipócrates. A autoridade de Hipócrates e Galeno durante quase vinte séculos concentrará o interesse histórico no âmbito da medicina. (Gusmão, 2006)

Na Idade Média (séculos V a XIV), a História passou a ser admitida como meio de evidenciar a realização dos planos divinos no processo histórico. No Renascimento (séculos XV e XVI), os historiadores substituíram a revelação de

desígnios da Providência Divina pela narração objectiva de acontecimentos significativos para a educação dos homens. A historiografia médica muda sob a influência do pensamento filosófico e das realizações da ciência e da técnica no século XVII. Aparece, então, o primeiro manual moderno de história da medicina ocidental, redigido em francês pelo médico genebrino Daniel Le Clerc (1696, citado por Gusmão, 2006).

A História da Medicina Moderna começa no século XVIII, com a primeira tentativa objectiva de compreensão do processo histórico por Giambattista Vico com os seus *Principi de una Scienza Nuova*, publicado em 1725. Até esta data, acreditava-se que as ideias eram universais e imutáveis. Descartes, no *Discours de la Méthode* (1636), insistira na universalidade, uniformidade e constância da razão do homem. O mundo da mente estava eternamente separado do mundo físico, da experiência e da história. Vico ataca o cartesianismo e lança a ideia revolucionária de que os pensamentos do homem eram sintomas da experiência variável. Consequentemente, o processo pelo qual os homens adquiriam conhecimento não seria uniformemente racional, e esse conhecimento não seria universal nem imutável.

A novidade fundamental introduzida por Vico foi o tratamento de ideias e instituições como meros sintomas de experiência social e a interpretação da razão do homem como produto de evolução gradual. Mais tarde, Marx, que rendeu homenagens a Vico, afirmaria que a existência social, condicionada pelo modo de produção, determina a consciência humana (citado por Gusmão, 2006)

O pensamento de Vico mudou a historiografia do século XIX. Até então, a História fora escrita como uma série de biografias de grandes homens ou como a crónica de acontecimentos notáveis, sem enfoque crítico. Da mesma forma, a História da Medicina era principalmente a soma dos escritos dos autores médicos. No começo do século XIX a medicina antiga ainda estava viva. Por mais de dois mil anos, os escritos médicos antigos foram consultados como fonte imediata de prática médica (Gusmão, 2006).

Assim, em 1839, Littré, no prefácio da sua tradução dos textos hipocráticos, escreveu que o propósito de tal tradução era tornar Hipócrates acessível aos médicos de forma que fosse lido como autor contemporâneo (citado por Gusmão, 2006).

No século XIX, a união da História e da Medicina veio constituir nova ciência, a História da Medicina, disciplina da História Geral. Os clássicos da medicina passaram a ser lidos não como fonte de informação para a prática médica, mas como documentos históricos para conhecer como os médicos antigos cuidavam das pessoas e quais eram as ideias que guiavam as suas acções (Gusmão, 2006).

A esta nova visão, Kurt Sprengel, professor de patologia e poliglota de saber enciclopédico, adiciona o pensamento crítico de Kant, e transforma a História da Medicina em disciplina verdadeiramente moderna. Na sua abordagem, a História da Medicina torna-se primariamente História. Na obra *Ensaio sobre a história pragmática da medicina*, notável tanto pela massa de informações como pelo encadeamento das ideias e dos acontecimentos históricos, Sprengel afirma que a História da Medicina *não tem por objectivo relatar a vida dos médicos célebres, nem enumerar e criticar as obras sobre a arte de curar, mas procura examinar de forma mais particular os sistemas que dominaram, sucessivamente, os métodos sobre os quais se basearam o tratamento das doenças e as revoluções ocorridas nas teorias e na prática* (citado por Gusmão, 2006, s.p.).

A reconstituição histórica das transformações que ocorreram na teoria e na prática médica baseia-se nas relações que unem os conhecimentos médicos à filosofia, à ciência e à técnica.

Na segunda metade do século XIX a História da Medicina tornou-se uma disciplina crítica, com a colaboração interdisciplinar de historiadores, filologistas, filósofos e médicos. Os problemas médicos passam a ser vistos de forma dinâmica e como resultado das ideias e instituições geradas pela estrutura material e cultural de dado período. Assim, as teorias médicas que norteiam a prática profissional são vistas como aspecto do conhecimento geral de determinado período, como produtos da influência da concepção filosófica predominante.

Na primeira metade do século XX, principalmente na Alemanha, com Sudhoff, deu-se um grande avanço nos estudos da História da Medicina. Sudhoff criou a Cátedra de História da Medicina e fundou o primeiro Instituto de História da Medicina, transformando Leipzig no grande centro de estudo desta disciplina. Sigerist (1979), discípulo de Sudhoff, destacou os aspectos sociais da medicina e escreveu a obra magna da História da Medicina, *A History of Medicine*, na qual examina o conjunto dos problemas geográficos, históricos, económicos e culturais que determinam a teoria e a prática médica.

A História da Medicina não se interessa apenas pela acção dos médicos, mas também pelas ideias que os guiaram. Estuda os sistemas de medicina mágico, religioso, filosófico, teológico e científico. As teorias médicas representam um aspecto da civilização de determinado período, e para compreendê-las é necessário conhecer as outras manifestações desta civilização, como filosofia, literatura, arte e música. A maioria dos médicos do século XX, influenciados pela valorização da técnica e pelo positivismo de Comte, passou a ver como inútil o conhecimento da História da Medicina. Porém, o desprezo aos princípios éticos e humanísticos, gerado por tal atitude, levou muitos a reflectir sobre a necessidade do ensino da História da Medicina (Gusmão, 2006).

Segundo Littré, não existe nada na mais avançada medicina contemporânea cujo embrião não se encontre na medicina do passado. Assim, não se pode compreender a medicina actual de forma precisa e profunda se se ignorar a evolução do conhecimento médico, pois existe uma unidade histórica do pensamento médico, sendo necessário conhecer o caminho percorrido caso se deseje compreender os conceitos presentes (1839, citado por Gusmão, 2006).

A História da Medicina mostra como o conceito de uma doença, sua etiologia e tratamento, predominantes num dado momento, podem ser repensados e substituídos por outros melhores. Esta noção da transitoriedade da verdade científica ensinará o médico no sentido de um espírito independente e crítico tornando-o preparado para assimilar as transformações, as novas verdades que na medicina ou na sociedade se desenvolvem.

2.1. O que (não) mudou. Algumas considerações sobre a Medicina na Actualidade.

Se olharmos hoje para a ciência, o que vemos são as ciências. Não vemos a floresta, vemos as árvores. Não vemos a árvore, vemos as folhas. Vemos as disciplinas, as subdisciplinas, as especialidades. (Pombo, s.d.,p.1)

Antagonizando com o antigo modelo em que a prática médica era singular, centrada na relação médico-doente, nasce um novo paradigma influenciado por uma medicina cada vez mais institucionalizada., embebida por preocupações de natureza economicista e poderosamente influenciada pela dimensão tecnicista devido aos crescentes poderes disponibilizados pelas tecnologias biomédicas (Dias, 2005).

Os avanços científicos na medicina actual tiveram um impacto na transformação da organização profissional da medicina levando a uma complexidade da divisão técnica e divisão social do trabalho. Como consequência deste efeito, *assiste-se a uma visível cientificação das práticas médicas, determinante na prevalência de uma orientação de carácter tecnocrático – despersonalizante, visível nos cuidados de saúde produzidos ao nível das instituições hospitalares* (Dias, 2005, p.63).

O ambiente constante de alerta e o aumento dos níveis de vigilância e de controlo acabam por interferir nas relações entre médicos e doentes. Por vezes, as informações colhidas pelo doente de variadíssimas fontes, podem chocar com o domínio dos saberes médicos e a partir daí provocar conflito.

Actualmente, as farmacêuticas, os *lobbies* de interesses médicos inventam as doenças: a doença transformou-se num produto industrial. Para isso, as empresas e as associações transformam os processos normais de existência humana em problemas médicos, *medicalizam* a vida (Blech, 2006).

Se por um lado, as campanhas de prevenção existentes tentam diminuir os efeitos da propagação endémica de determinadas doenças, por outro, estes alertas convivem de perto com ambientes alarmantes muitas vezes provocados ora pela

ausência de explicações claras sobre os cuidados a ter no sentido de as pessoas se precaverem, evitando o contágio, ora pela quantidade de informação dispensada, que em vez de acalmar os indivíduos acaba por confundi-los, levando desse modo à possibilidade de neles provocar inquietações excessivas (Dias, 2005). É importante que não olvidemos também que as exigências exercidas sobre os médicos no sentido da produtividade fazem com que as dimensões subjectivas sensitivas e emocionais sejam derrogadas para segundo plano.

A comunicação, a informatização e a robotização revolucionaram o mundo, a tecnologia destronou a técnica e a artesanaria. *Vivemos numa sociedade consumista, sob as ditaduras do dinheiro e da tecnologia, em que o humanismo e as humanidades, não tendo desaparecido, estão nas prateleiras baixas* (Silva, 2007, p.9).

Segundo Voltaire, a arte dos médicos consiste em *entreter* o doente, até que a natureza o cure. Actualmente, inverteu-se a conclusão do filósofo francês: a medicina moderna faz crer às pessoas que a natureza as ataca constantemente com novas doenças que só podem ser curadas pelos médicos (Blech, 2006).

Segundo Dubos, *o único problema da medicina científica está no facto de não ser suficientemente científica*. Segundo o descobridor do primeiro antibiótico comercializado, a medicina moderna só se tornará verdadeiramente científica quando os médicos e os pacientes *aprenderem a gerir as energias do corpo e da mente que actuem através do vis medicatrix naturae. (o poder curativo da natureza)* (s.d., citado por Servan- Schreiber, 2008, s.p.).

Dantes os Homens podiam facilmente dividir-se em ignorantes e sábios, em mais ou menos sábios e mais ou menos ignorantes. Mas o especialista não pode ser subsumido por nenhuma destas duas categorias. Não é um sábio, porque ignora formalmente tudo quanto não entra na sua especialidade; mas também não é um ignorante porque é um “homem da ciência” e conhece muito bem a sua pequeníssima parcela do Universo. Teremos que dizer que é um sábio-ignorante – coisa extremamente grave – pois significa que é um senhor que se comportará em todas as questões que ignora, não como um ignorante, mas com toda a petulância de quem, na sua especialidade, é um sábio (Ortega y Gasset, 1929, citado por Pombo, s.d., p.1).

3. Cancro

O cancro tem aspectos únicos entre todas as doenças que afectam a Humanidade. Tem (...) características que igualam ou só têm paralelo no fenómeno extraordinário que é o desenvolvimento embrionário(...) no processo do desenvolvimento embrionário tudo começa com uma célula que tem uma capacidade intrínseca espantosa: gerar milhões de outras células que vão também migrar para constituir os diferentes órgãos. No entanto, neste caso tudo corre à medida da “perfeição humana” que culmina num belíssimo recém-nascido (Costa, 2004, p.16)

O cancro consiste na proliferação anormal de células. Normalmente as células crescem e dividem-se para a formação de novas células e no seu ciclo de vida as células envelhecem, morrem e são substituídas por novas células. Contudo, por vezes este processo ordeiro e controlado corre mal: formam-se células novas, sem que o organismo necessite e, simultaneamente, as células velhas não morrem. Este conjunto de células extra forma um tumor (Figueiredo, 2007).

O cancro tem origem numa célula; esta célula adquiriu capacidades espantosas, tais como a de se multiplicar e gerar células filhas com características também diferentes das células normais, a de gerar os seus próprios vasos para assegurar a sua irrigação sanguínea e a de migrar e vir a constituir uma nova população de células noutra órgão (a este último processo chamamos metastização). Não existe outra doença em que as células sejam capazes de migrar a partir do órgão onde tudo começou, isto é, onde se gerou a primeira célula tumoral, a célula mãe, e de entrarem em circulação e, depois, seleccionarem órgãos para metastizar. Na realidade, o cancro é, entre todas as doenças crónicas que afectam o ser humano, uma das mais curáveis. Infelizmente, porque é tão frequente, é também uma causa de mortalidade importante, a segunda no mundo ocidental. (Costa, 2004)

Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os primeiros, não implicam risco de vida, podem ser removidos e muitas vezes regridem, e as suas células não se disseminam para os tecidos em volta ou para outras partes do organismo. Os segundos, mais graves, podem colocar a vida em risco, podem ser removidos mas há

risco de nova evolução e as suas células podem invadir e danificar os tecidos e órgãos circundantes (Figueiredo, 2007).

A transformação das células normais em células tumorais, depende de vários factores, nomeadamente factores genéticos, hormonais, imunológicos, ambientais, químicos, radiológicos e outros. Existem determinados factores que inibem o crescimento dos tumores e outros pelo contrário que os aceleram. O desenvolvimento tumoral pode cessar-se numa fase inicial, se o sistema imunitário identificar e reconhecer o tumor como um elemento estranho ao organismo e destruir as células cancerígenas. Este é segundo Hogan, um conceito hipotético conhecido como *vigilância imunológica* (1999, citado por Figueiredo, 2007).

Todos os organismos vivos reparam naturalmente os seus tecidos após uma lesão. A lesão é rodeada por plaquetas que libertam uma substância química que alerta os glóbulos brancos do sistema imunitário. Estes, por sua vez, produzem uma série de outras substâncias, com funções diversas. Estas substâncias (citoquinas, quemoquinas, prostaglandinas, leucotrienos e tromboxanos) coordenam as operações de reparação. Estes mecanismos são absolutamente essenciais à integridade do organismo. Descobriu-se recentemente que o cancro *tal como um cavalo de Tróia, explora este processo de reparação para invadir o organismo e levá-lo à destruição* (Servan-Schreiber, 2008, p.75).

Tabela 1 – Alguns tipos de cancro directamente relacionados com doenças inflamatórias (Balkwill & Mantovani, 2001 citado por Servan-Schreiber, 2008)

Tipo de Cancro	Causa de Inflamação
Linfoma MALT	Helicobacter Pylori
Brônquico	Sílica, amianto, tabaco
Mesotelioma	Amianto
Esófago	Metaplasia de Barrett
Fígado (hepatocelular)	Vírus da Hepatite (B e C)
Gástrico	Gastrite provocada por Helicobacter Pylori
Sarcoma de Kaposi	Vírus do herpes humano 8 (HHV8)
Bexiga	Schistosomiasis
Cólon e Recto	Doença Inflamatória Intestinal
Ovário	Doença Inflamatória Pélvica, Talco, remodelação de tecidos
Colo do útero	Vírus do Papiloma

De acordo com estudos publicados recentemente na revista *Science*, quanto maior a taxa de sucesso que os cancros têm ao provocar inflamação local, mais agressivo o tumor se torna e mais facilmente metastiza (Marx, 2004).

Judah Folkman (1971, 1996, citado por Servan-Schreiber, 2008) verificou que todos os tumores cancerosos que já operara tinham a mesma característica, ou seja, eram abundantemente irrigados por vasos sanguíneos frágeis e deformados. Como os tumores se desenvolvem rapidamente, é necessária a rápida formação de novos vasos sanguíneos. A este processo, Folkman deu o nome de angiogénese. Estimulando as células imunitárias, combatendo a inflamação (alimentação, exercício físico e equilíbrio emocional), e actuando sobre a angiogénese, *cortamos o mal pela raiz no que diz respeito à disseminação do cancro* (Servan-Schreiber, 2008, p.96).

O peso que a genética tem tido nestes últimos anos é imenso, de tal maneira que a maior parte da população acredita que o cancro está intimamente ligado à sua composição genética, mas curiosamente, e consultando a literatura sobre as investigações que se fazem nesse sentido, verificamos que os factores genéticos contribuem no máximo com 15%, ou seja, o infortúnio genético não existe. *Se o cancro se transmitisse essencialmente através dos genes, a taxa de cancro entre crianças adoptadas seria igual à dos seus pais biológicos, e não à dos pais adoptivos* (Servan-Screiber, 2008, p.17).

Da revisão de literatura por nós realizada, verificámos que, no essencial esta vem revelando a importância das nossas defesas naturais na luta contra o cancro. *Se todos nós temos um potencial cancro adormecido, cada um de nós tem também um organismo concebido para lutar contra o processo de desenvolvimento de tumores. Cabe a cada um de nós usar as defesas naturais do nosso organismo. Há outras culturas que o fazem muito melhor do que a nossa.* (Servan-Screiber, 2008, p.17).

Segundo Robert Gorter, todos nós temos um *bocadinho de cancro*; este perito em terapias inovadoras contra o cancro, interessou-se por este tema devido a ser ele próprio um sobrevivente da doença. Há cerca de trinta e cinco anos foi-lhe diagnosticado um carcinoma no testículo direito, já numa fase muito avançada e deram-lhe seis meses de vida. O médico afirma: *sabia que a medicina tradicional, com a quimioterapia, não podia fazer muito por mim e decidi tratar-me através do meu sistema imunitário. É por isso que estou aqui hoje* (Gorter, 2008, p.102).

Para este médico alemão, o desenvolvimento da doença está intrinsecamente ligado ao deficiente funcionamento do sistema imunitário, sendo que uma parte significativa do seu tratamento baseia-se na reprodução de células deste. Numa simples análise de sangue, podem-se encontrar milhares de células cancerígenas, visto que estas são produzidas continuamente por vírus, pela nutrição e por agressões ambientais. Todavia, se o nosso sistema imunitário for capaz de detectar precocemente este processo, não teremos cancro no sentido clínico (Gorter, 2008).

3.1. Situação em Portugal.

Em Março de 2002 foi publicado um relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, intitulado *Ganhos em Saúde em Portugal: Ponto de Situação* e, entre outros, este relatório procurou apresentar em síntese o actual estado de saúde dos portugueses, sendo que o cancro surge também como preocupação no âmbito das doenças crónicas, merecendo um destaque pela importância crescente que detém nas causas de morte identificadas: *o cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal. Em termos comparativos, podemos afirmar que a situação nacional é semelhante à dos E.U.A. e da U.E. incluindo entre as principais causas de morte e registando um aumento progressivo da sua incidência (p.98)*

De acordo com o Plano de Saúde 2004-2010, a mortalidade por cancro em Portugal estabilizou. A mortalidade global por cancro é mais elevada nos homens do que nas mulheres. Portugal representa na U.E., para a mortalidade por cancro nos homens, uma das excepções à tendência actual, que é de crescimento. Comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países da U.E., considera-se ser possível reduzir a mortalidade prematura em 38% no caso dos homens e 10% no das mulheres. O cancro da mama continua a ser a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres. No entanto, em Portugal a mortalidade sofreu uma redução; comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países da U.E. (13,5 por 100 000, em 1998), é possível considerar a possibilidade de reduzir de uma forma significativa a mortalidade precoce.

O cancro do cólon e recto representa a terceira causa de morte mais comum para os homens e a segunda para as mulheres, e a mortalidade tem vindo a aumentar. O cancro do colo do útero tem sido considerado como prevenível através de rastreio por citologia. Os dados referem uma baixa mortalidade, que não tem sofrido aumento nas mulheres mais jovens (Direcção Geral de Saúde, 2002).

3.2. Cancro Colo-rectal

A etiologia do cancro do cólon e do recto é ainda desconhecida, no entanto esta doença é tendencialmente associada a factores dietéticos (LaMont & Isselbacher, 1980, citados por Figueiredo 2007).

No que diz respeito à sintomatologia, a literatura diferencia habitualmente sintomas a nível da localização do cancro, cólon direito ou ascendente, cólon esquerdo e recto, existindo também autores que incluem o cólon transverso. A nível do cólon direito, salienta-se o desenvolvimento de massas que se tornam volumosas, ulceradas, vegetantes e que se projectam para o interior do intestino provocando obstruções (Imbembo et al., 1993; Mayer, 1998; citados por Figueiredo, 2007). Verifica-se com frequência a existência de hemorragias e anemia, no entanto esta hemorragia passa muitas vezes despercebida, uma vez que o sangue se mistura com as fezes (Lieberman, Harford & Ahnen, 2001, citados por Figueiredo, 2007).

A sintomatologia do cancro do cólon esquerdo é significativamente diferente, dado que a massa tumoral cresce de forma anelar, provocando frequentemente uma obstrução progressiva. Os sintomas mais comuns são obstipação, diarreia, rectorragias, cólicas abdominais, alteração do calibre das fezes e tenesmo (LaMont et al, 1980; Imbembo, 1993; Belcher, 1996; Mayer, 1998; Murphy, 2000; citados por Figueiredo 2007).

A nível rectal a sintomatologia mais descrita, nomeadamente por Mayer (1998), e Murphy (2000), refere-se a rectofagias e tenesmo assim como a existência de dor intensa a nível da virilha, vulva, escroto, pénis ou membros inferiores (citados por Figueiredo, 2007).

No que concerne à sintomatologia do cancro do cólon transverso, encontram-se com frequência massas palpáveis, obstrução intestinal, alterações dos hábitos intestinais e fezes com sangue (Murphy, 2000, citado por Figueiredo, 2007).

Através da literatura existente, podemos identificar os seguintes factores de risco: idade, sendo que a idade média do diagnóstico é de sessenta e cinco anos, a existência de pólipos colo-rectais que podem tornar-se cancerígenos, a presença de história familiar de cancro colo-rectal, alterações genéticas, doença de Crohn ou colite ulcerosa, os hábitos alimentares e hábitos tabágicos (Figueiredo, 2007).

O tratamento do cancro colo-rectal pode envolver cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia. Em qualquer estágio do cancro colo-rectal, podem ser administrados

medicamentos para controlar a dor e outros sintomas do cancro, bem como para aliviar os possíveis efeitos secundários do tratamento. Estes tratamentos são designados como tratamentos de suporte, para controlo dos sintomas ou cuidados paliativos. A quimioterapia consiste na utilização de fármacos, para matar as células cancerígenas. Esta pode ser constituída apenas por um fármaco ou por uma associação de fármacos. Estes podem ser administrados oralmente, sob a forma de comprimidos, ou através de uma injeção intravenosa. A quimioterapia é, geralmente, administrada por ciclos de tratamento, repetidos de acordo com uma regularidade específica, de situação para situação. A radioterapia é um tratamento local e, como tal, afecta apenas as células cancerígenas na zona tratada e usa raios de elevada energia, para matar as células cancerígenas (Figueiredo, 2007).

3.2.1. A situação em Portugal

A pertinência desta investigação, está também associada com a incidência desta doença, visto que anualmente surgem em Portugal mais de três mil novos casos e a taxa de incidência ainda está a aumentar, contrariamente ao registado noutros países da Europa e nos EUA. Dos três mil novos casos anuais deste tipo de cancro, à volta de metade acabam por ser mortais, muitos dos quais por serem detectados muito tarde (Santos, 2005).

O cancro colo-rectal afecta ambos os sexos, verificando-se no entanto uma maior incidência em pessoas com mais de cinquenta anos (Otto, 2000, citado por Figueiredo, 2007).

Em Portugal, segundo o Registo Oncológico Nacional (1993), a taxa de incidência do cancro do cólon é de 15,15% no sexo feminino e de 22,09% no sexo masculino. Relativamente ao cancro do recto, a incidência no sexo feminino é de 12,15% e no sexo masculino de 20,14% (Direcção Geral de Saúde).

4. Aspectos Psicológicos associados ao Cancro.

Desde o tempo de Hipócrates, os pacientes têm reagido com medo, angústia e desespero ao diagnóstico de cancro. Na maioria das vezes, o pânico arrasta-se por toda a família, atingindo também os amigos mais próximos. (Murard, 1996, citado por Figueiredo, 2007).

Deste modo, o diagnóstico de uma doença oncológica arrasta o indivíduo e as pessoas significativas que o rodeiam num processo contínuo de adaptação e reajuste perante o confronto com as especificidades do cancro que despertam no indivíduo as suas angústias face à sua mortalidade e perante as alterações produzidas por um longo percurso clínico-hospitalar.

Existem vários autores que referem a depressão e a ansiedade como as alterações mais comuns do foro psicológico em doentes oncológicos (Derogatis et al., 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hacpille, 2000, citados por Figueiredo, 2007). Segundo Ogden (1999), até 20% dos doentes com cancro manifestam depressão grave, falta de controlo, alterações de personalidade, fúria e ansiedade.

Para Ribeiro (1998), os efeitos emocionais dependem do tipo de cancro. De entre a grande diversidade de cancros existentes, encontram-se expectativas de sobrevivência muito diferentes, processos terapêuticos diferentes, (uns mais agressivos do que outros) e alterações a nível da imagem corporal. A personalidade de cada sujeito juntamente com o seu diagnóstico e tratamento efectuado, produzem respostas emocionais mais ou menos expressivas.

Harrison e Maguire (1994, citados por Figueiredo, 2007), referem que são vários os factores responsáveis pelos níveis de morbidade psicológica nos doentes com cancro, nomeadamente factores demográficos tais como a idade, sexo e estado civil, factores psicológicos pré-mórbidos como a auto-estima, um historial psiquiátrico e factores ambientais como a existência ou não de apoio social.

Factores como mutilações, futuro incerto, perda do estatuto social, dor, separação dos entes queridos e morte, têm grande influência na ansiedade do doente oncológico (Stedeford, 1986; Bibbings, 1998; Couvreur, 2001; citados por Figueiredo, 2007). O reconhecimento de sintomas de ansiedade que requerem tratamento pode ser difícil, uma vez que estes doentes podem apresentar sintomas como: insónias, tensão muscular, fadiga, hiperactividade, dispneia, etc., sendo esta sintomatologia coincidente na ansiedade e no próprio cancro (Stedeford, 1986; Roth & Breitbart, 2001; citados por Figueiredo, 2007).

Para Halcpille (2000), o síndrome depressivo pode manifestar-se através da agressividade do doente para com os familiares e pessoas próximas ou para com os seus cuidadores. Por vezes, esta depressividade manifesta-se por um comportamento de passividade acompanhado de mutismo. No entanto, o comportamento mais frequente consiste no desânimo e perda de interesse pelo meio circundante e por si mesmo, perda de confiança no futuro e auto-estima baixa.

Hughes (1987, citado por Figueiredo, 2007) refere que o conhecimento do diagnóstico, a perda de um órgão e os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia) contribuem, em algumas situações, para a morbilidade psiquiátrica. Relativamente aos doentes portadores de um estoma de eliminação, Santos (1999) refere que a morbilidade psiquiátrica é mais elevada após a realização de uma ileostomia ou colostomia do que de qualquer outra cirurgia do foro intestinal. Refere também que esta se encontra em maior percentagem nos doentes oncológicos do que em doentes portadores de outras patologias. Os doentes que se submeteram à realização de um estoma de eliminação de carácter definitivo apresentam ao fim de um ano, segundo este autor, morbilidade psicológica grave a moderada, comparativamente aos doentes que posteriormente efectuaram cirurgia reconstrutiva. Estes resultados sugerem que a causa de tais alterações psicológicas se deve mais à presença da ostomia do que à doença propriamente dita (citado por Figueiredo, 2007).

Matos e Pereira (2002) defendem a existência de três fases no primeiro estágio da doença que inclui o período que antecede o diagnóstico até ao confronto com o mesmo:

- A primeira fase caracteriza-se por incerteza e, frequentemente, por uma longa espera, sendo que nesta fase muitos doentes são observados por um grande número de médicos de várias especialidades, visitam centros de saúde e hospitais, fazem inúmeros exames e análises, recebem diagnósticos prováveis com a consequente medicação, que acaba por se revelar ineficaz. Quanto mais longo for o percurso da descoberta do diagnóstico definitivo, maiores níveis de ansiedade, preocupação e incerteza serão experienciados pelo doente, o que provoca inevitavelmente angústias associadas acerca da gravidade ou não da sua doença;

- Na fase seguinte, e imediatamente após o diagnóstico inicial, observa-se, frequentemente o choque e a negação. Kubler-Ross (1994) refere que a negação é comum nos doentes a quem se revela directamente o diagnóstico, bem como aqueles a quem não se diz explicitamente mas que concluem por si mesmos. Esta informação torna-se mais difícil de processar e mentalizar, quanto menor for a suspeita da doença. A notícia tem sempre um impacto avassalador, todavia, algumas vezes, pode ter um efeito de alívio por se conhecerem as origens e os sintomas;

- Por último, na terceira fase, surge o *stress* agudo que inclui ansiedade, raiva e protesto. Podem associar-se sentimentos de culpa, depressão, exaustão e desconforto físico. O confronto com a inevitabilidade da morte e com todas as alterações trazidas pela doença, fazem com que o sujeito repense e reformule o seu projecto de vida e as suas perspectivas de futuro.

O segundo estágio diz respeito ao tratamento. O doente vai, progressivamente aceitando e interiorizando o seu diagnóstico, sendo habitual verificar-se a existência de depressão, ansiedade e desespero, para além de um sentimento de vulnerabilidade, solidão e sentido de perda (Seligman, 1996, citado por Figueiredo, 2007). Segundo Fernandes (2000), o tratamento pode tornar-se mais temido que a doença, pela violência do tratamento, quer a nível físico, quer a nível psicológico, bem como os seus efeitos (citado por Figueiredo, 2007). Estes efeitos, provocam nos doentes oncológicos uma grande variedade de sintomas físicos (náuseas, vômitos, astenia, anorexia, alopecia e outros) que resultam muitas vezes em ansiedade, depressão, prejuízo laboral/social e dificuldade de compreensão, dificultando a aceitação e à adesão ao tratamento.

Podemos ainda identificar um terceiro estágio na fase dos doentes, onde os mesmos serão vigiados em consultas de *follow-up*. Se por um lado, pode existir um receio da recidiva, este medo vai diminuindo à medida que o período de remissão se prolonga e à medida que o doente vai retomando as suas actividades (Matos & Pereira, 2002).

Em relação a esta fase, Pereira e Lopes (2002, citado por Figueiredo 2007) referem existir no doente oncológico dois tipos de comportamento: por um lado temos o doente que sente que venceu o cancro e que desenvolveu novas competências, e por outro lado, aquele para o qual as perdas foram grandes, as alterações emocionais deixaram marcas e o futuro permanece ameaçado.

5. Psicossomática

As enfermidades ao longo da História, têm tido também o sentido de uma inter-relação entre o psíquico e o somático. Ao longo da história da Medicina sempre existiram tendências, uma dinâmica e sintética, onde se estudava o ser humano na sua globalidade, Escola de Cós, Hipócrates, e outra que era analítica, específica, Escola de Cnido. Os factores psicológicos, já eram tidos em conta na Antiguidade e Hipócrates estabelece uma ligação entre temperamento e doença (Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

Apenas em 1818, Heinroth firmou o termo psicossomática, tendo como fundamento que o soma e a psique seriam parte de uma mesma unidade. Este médico alemão utilizou este termo para caracterizar uma forma de insónia e retomou-o em 1946 para designar uma nova concepção de medicina, quebrando com o positivismo redutor da época (citado por Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

No final do século XIX a integração mente-corpo foi retomada por Freud, nos seus *Estudos sobre a Histeria*, demonstrando que acontecimentos psíquicos podiam ter consequências orgânicas e abriu caminho para que a investigação compreendesse as inter-relações entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Esta linha de

pensamento e acção deu origem ao modelo biopsicossocial na Medicina, que ganha cada vez mais adeptos, mas ainda encontra resistência na Medicina tradicional.

A oficialização desta área ocorreu com a fundação da American Psychosomatic Medicine Association, em 1939. Muitas outras linhas teóricas vieram contribuir para o fortalecimento do conceito de Psicossomática, passando este termo a significar, na literatura científica actual, a interrelação entre a mente e o corpo.

Mais recentemente, o termo Psicossomático inclui estados tão diferentes como a alexitimia, a perturbação de somatização crónica, os comportamentos anormais na doença, o comportamento emocional A, os sintomas somáticos funcionais secundários a uma afecção psiquiátrica e os sintomas de conversão (Pilowski, 1996, citado por Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

É do consenso de muitos autores, que o desenvolvimento de perturbações somatoformes é plural nos seus factores, cruzando factores genéticos, psiquiátricos, as próprias crenças que o indivíduo tem sobre saúde e doença, determinadas características da personalidade, episódios de *stress*, o *coping* utilizado e ainda a utilização dos cuidados médicos e os benefícios que poderá retirar da própria doença (Haynal, Pasini & Archinard, 1998).

Franz Alexander introduz o conceito de Neurose do Órgão, onde a formação sintomática não actua para a resolução do conflito e onde o corpo não expressa simbolicamente a linguagem do inconsciente. Para este autor as manifestações mais primitivas do psiquismo estão inscritas na fisiologia das funções viscerais correspondentes às necessidades vitais. A dualidade desaparece, se considerarmos o fenómeno psíquico como um aspecto subjectivo de alguns processos fisiológicos. A noção de psicogénese suscitou numerosas pesquisas nas áreas da Medicina e Psicanálise, mas a teoria de Alexander, baseada no modelo psicofisiológico, permaneceu dualista não conseguindo dar uma explicação para os elos orgânicos que fazem do homem um ser psicossomático (s.d., citado por Marty, 1993, p.5).

As pesquisas de Hans Selye sobre o síndrome geral de adaptação e a reacção inespecífica ao *stress* deram um grande contributo teórico e experimental para o desenvolvimento da psicossomática. Selye defende que quando o indivíduo é exposto a uma realidade considerada agressiva, este fenómeno poderá resultar numa reacção de alarme, reacção essa com duas fases distintas: uma fase de choque, em que podem surgir perturbações orgânicas (taquicardia, alterações ao nível da temperatura do corpo, úlceras gástricas, edemas, etc.) e uma fase de contra-choque (que acontece quando se dá uma reversão dos sinais acima mencionados, se o dano não for muito severo). No entanto se os estímulos negativos permanecem, a fase de contra-choque é substituída pelo segundo estágio do síndrome de adaptação geral - estágio de resistência; e neste a maior parte das lesões (...) atinge um ponto máximo. A terceira e última fase do síndrome - estágio de exaustão - tem lugar quando se dá um desaparecimento gradual dos mecanismos de adaptação, observando-se um reaparecimento das lesões que caracterizam a reacção de alarme. (Brás, 1993, citado por Gonçalves, 2004, p.13).

O conceito de Selye aponta para uma resposta do organismo a uma variedade de situações de *stress* com mecanismos de defesa fisiológicos, que dependem fundamentalmente da integridade do córtex supra-renal. A actividade excessiva desta glândula está na origem daquilo a que Selye denomina de doenças de adaptação, em que o organismo é danificado por um excesso das suas próprias medidas de defesa (Alexander, 1989).

Dunbar procurou encontrar perfis de personalidade que assentem em características pessoais pré-mórbidas, próprias de certos quadros clínicos, sendo que todos os fenómenos vitais psíquicos ou físicos são reflexos de uma energia vital que se pode deteriorar por efeito de agentes externos ou de emoções e conflitos internos excluídos do consciente (Dunbar, 1943, citado por Martins, 2003).

A partir de observações revelando situações que não se encaixavam nem no quadro das *conversões históricas*, nem no quadro das *neuroses actuais*, psicanalistas da sociedade psicanalítica de Paris, acompanhados por Kreisler, formaram um grupo de reflexão e de pesquisa; desenvolvendo a sua concepção a partir da observação clínica, e sobretudo do discurso dos sujeitos. Este grupo interpreta a doença

psicossomática, independentemente do seu tipo, forma ou localização, a partir de uma estrutura de personalidade precisa – a estrutura psicossomática. Sob o impulso de Pierre Marty, criaram a Escola Psicossomática de Paris, onde a Psicossomática adquiriu autonomia e acedeu ao status de disciplina científica (Gonçalves, 2004).

Segundo o modelo de Marty, M'Uzan, David e Fain, pertencentes à Escola de Paris, as carências de elaboração mental e as falhas de mentalização provocam sintomas ausentes de simbolização. É nesta sequência que é criado o conceito de pensamento operatório (1962) - *o paciente conta a sua história pessoal sem expressar afectos, não havendo uma função fantasmática e onírica* (Martins, 2003, p.3).– sendo que este pensamento evidencia a carência funcional da actividade fantasmática e vai naturalmente acompanhar perturbações somáticas.

Outro conceito importante introduzido pela Escola de Paris é o de *relação branca* que tem a ver com a ausência de conflito e envolvimento afectivo destes pacientes na relação – *há uma carência de jogo identificatório, com equalização entre o outro e o sujeito, uma reduplicação projectiva e desobjectualização defensiva* (Martins, 2003, p.3).

Sami Ali, concebe a psicossomática não como *um capítulo* da psicopatologia, ou da psicanálise, mas como um modelo teórico com uma abertura maior ao real, e com um poder interpretativo(...)mais amplo...(Pereira, 2002, p.XXIV).

Para este psicanalista é o imaginário que regula positiva e negativamente todo o funcionamento psicossomático e para se poder elaborar a noção de patologia psicossomática (a qual ocorre ao nível do corpo real), há que pensar o somático na relação com o psíquico, fora do campo da psicanálise, implicando isto uma metodologia muito objectiva (Gonçalves, 2004)

O conceito de *patologia de adaptação* de Sami-Ali defende que nesta patologia dá-se o recalçamento total do imaginário enquanto função. (Sami-Ali, 2002). Funciona-se assim num *registo de ausência de projecção que é o pólo objectal que se desfaz numa pura (ilusão) de objectividade, e é também o campo de subjectividade que se desmorona* (Pereira, 2002, prefácio,s. p.) Segundo Sami-Ali,

esta ausência de projecção que caracteriza a patologia de adaptação é designada por banal, ou seja, está-se perante um bloqueio da subjectividade e uma paralisia dos processos internos havendo uma repressão da função do imaginário, logo há um intenso apego ao real e ao normativo (Gonçalves, 2004).

Um outro conceito importante de Sami-Ali é o conceito de *impasse*, que surge quando o indivíduo está perante um conflito irresolúvel – em que não existe ligação com quaisquer elementos inconscientes, uma vez que o recalçamento é total e opera sobre a própria função do imaginário, sendo o recalçamento mantido e o sintoma tem lugar no corpo real (Martins, 2003) Temos assim um *cruzamento de forças antagonistas, que subitamente se escapam e abalam com um equilíbrio dificilmente instaurado. É então a aflição proveniente do insucesso momentâneo de qualquer estratégia defensiva, que precipita a somatização* (Sami-Ali, 2002, p.116).

É fundamental sublinhar um outro conceito deste autor que é o conceito de *Depressão a priori* – esta depressão tem origem numa relação original que não é aquela a que habitualmente se chama relação de objecto, mas sim qualquer coisa que precede a relação de objecto e que engloba tanto o psíquico como o somático (Brás, 1995, p.53). Confunde-se com o funcionamento caracterial e é uma patologia que não se encontra nem no registo neurótico nem no registo psicótico. A *depressão a priori* é egossintónica revelando-se subtilmente e independentemente dos acontecimentos, ao contrário das depressões reactivas, sendo uma depressão anterior a qualquer acontecimento; é um estar sem afecto e sem desejo para satisfazer, havendo quase como que uma aceitação estóica dos acontecimentos, mesmo quando estes ocorrem pela negativa e têm um carácter irresolúvel; temos um deprimido que não sente a sua depressão, conformando-se – por vezes existe tristeza, mesmo que o indivíduo perceba que não lhe falta nada (Gonçalves, 2004).

A *depressão a priori* é uma patologia de adaptação, no sentido de dependência do outro, do exterior, conforme a norma em que o sujeito se funde no outro, havendo um constante recalçamento do imaginário, em que o conflito não existe, uma vez que o ego e o superego se confundem – o ego tornou-se no superego – o sujeito nega-se a si próprio e tem-se assim a impossibilidade de conflito psíquico, só se podendo este manifestar ao nível do corpo.

Coimbra de Matos (1999), defende que os factores afectivo-relacionais implicados na etiologia e patogenia do adoecer psicossomático, são semelhantes aos de toda a patologia mental de natureza relacional, em que os factores causais emergem da relação.

Este autor postula também, que quando o sofrimento psíquico não é suficientemente expresso a nível afectivo e ideativo – por emoções e pensamentos – comunicado em palavras e gestos e descarregado em actos, *a saúde física periga e o caminho para a doença está aberto* (p. 90)

Na sua teoria psicossomática, Coimbra de Matos, defende também a existência de uma tríade psicopatológica da doença psicossomática, referindo três conceitos fundamentais: *depressão falhada, sonho falhado e raiva amordaçada* (2003).

A depressão falhada é uma depressão não organizada mentalmente; uma “depressão sem depressão” ou depressão sem objecto (Matos, 2003, p.33). Esta depressão falhada é uma *depressão que não chegou a organizar-se; da depressão cujo desenvolvimento suspenso será ou deve ser retomado na análise* (Matos, 2003, p.137).

Aqui, o sujeito constrói-se por identificação maciça ao objecto ideal pré-concebido, o que acarreta duas consequências desastrosas: a) não tem uma identidade própria e exclusiva, pois não fez uma identificação diferencial; e b) não conhece o objecto real, que é puro suporte da projecção do objecto ideal (Matos, 2003, p. 137)

A depressividade é definida por este autor como um *traço de personalidade constituído por uma depressão latente e larvar com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjectiva*. (Matos, 2003, p.33). Temos como principais características da depressividade: um superego desorganizado e imaturo, um abatimento geral, uma inibição fóbica e uma auto-estima reduzida. A depressividade aparece assim como algo intrínseco ao sujeito e que muito vulgarmente surge nas mais diversas doenças psicossomáticas, sendo igualmente designada por Coimbra de Matos por *depressão crónica subclínica* (Matos, 2003).

Quanto ao conceito de *sonho falhado*, de acordo com o autor, o paciente psicossomático parece sofrer de uma *alexia dos sinais do seu próprio corpo*, não o sabendo regular e por isso adocece, e o sonho transforma em pensamento e imagem o que o corpo sente sem saber que sente (Matos, 2003, p.159).

Por último temos o conceito de *raiva amordaçada* – um dos factores mais constantes em muita da patologia psicossomática. *É a frustração, não vivida psicologicamente, que produz apenas uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos* (Matos, 2003, p.35). Temos assim uma espécie de *acting-in*, uma raiva guardada, ou seja, há uma contenção que contribui, igualmente, para a *depressividade*.

Estas ideias vão de encontro com as ideias defendidas por Mellita Sperling que *concebe a doença psicossomática como a consequência da inversão pulsional sobre o organismo. Os impulsos, em vez de se descarregarem pelo comportamento sobre o exterior, são dirigidos para o soma. A doença psicossomática é um “acting-in - um acto orientado para dentro, o agir através dos órgãos internos. Assim, a doença psicossomática resulta da inflexão da agressividade (s.d., citada por Matos, 2003, p.88).*

Uma vez que o sujeito psicossomático, pela ausência de uma relação empática e capaz de lhe atribuir um olhar exclusivo que lhe permitisse construir a sua identidade e um sentimento de ser único, este não se reconhece como autêntico, apenas se percepção como mais um elemento de um grupo com características comuns, em que a relação com o outro é uma *relação branca*; a relação do psicossomático é, segundo Coimbra de Matos *asséptica, sem zanga nem interferência, hiperadaptada e desafectivada* (Matos, 2003 p.76). *É a onnipotência da razão, que julga tudo resolver e regular. Só que não regula o soma, por falta da regulação afectiva, da música sincronizadora dos afectos* (Matos, 2003, p.157).

Coimbra de Matos refere que estes indivíduos são dependentes, embora este facto seja camuflado pelo constante comportamento de ajuda face ao outro, sendo também extremamente inseguros, mas essa insegurança, está de certa forma disfarçada pela adesão à ordem e aos valores (2003). Acrescenta ainda que o

psicossomático vive um impasse afectivo e relacional: não ama, nem odeia; apenas está (na verdade, sem estar) na relação (Matos, 2003, p.127). Este impasse passa principalmente por uma neutralidade característica desta patologia que faz com que não nos apercebamos da sua presença, ou seja:

O psicossomático está, está lá e desempenha com zelo, competência e assiduidade as suas funções; mas se não estivesse e um robô o substituísse era quase a mesma coisa. O psicossomático é bom, mas a gente não sabe (nem ele) onde está a sua bondade; zanga-se, mas não se sabe qual o sentido da sua zanga(...); está e circula – as mais das vezes em velocidade de cruzeiro.

(Matos, 2003, p.127)

Para Coimbra de Matos (1999), a dificuldade de sonhar existente em muitos doentes psicossomáticos revela uma dificuldade em ler o corpo e os seus sinais, que encontram no sonho um meio de penetrar na vigília. O sonho a partir de memórias somáticas e emocionais não conscientes é veículo de elaboração de pensamentos, de uma re-significação do sentir corporal e emocional que não está acessível à consciência. Nas palavras do autor é o *invisível revelado*, isto é, é o pôr a descoberto emoções, sensações e sentimentos que estão timbrados no corpo mas aos quais é fundamental e *necessário dar um significado e trazê-lo à consciência, o que é trabalho do sonho* (citado por Santos, 2001, p. 41)

5.1 Alexitimia

John Nemiah e Peter Sifneos, dois analistas americanos, nos anos setenta, que se propuseram a realizar pesquisas sobre a forma de comunicar dos pacientes psicossomáticos, constataram, por meio do estudo minucioso de entrevistas psiquiátricas, gravadas com pacientes que apresentavam alguma doença psicossomática clássica, que alguns desses pacientes demonstraram uma impressionante dificuldade em expressar ou descrever as suas emoções através da palavra, assim como uma acentuada diminuição dos pensamentos fantasmáticos. Para além disso, estes doentes apresentavam uma extraordinária dificuldade em reconhecer e descrever os seus próprios sentimentos, assim como, em diferenciar as sensações corporais dos estados emocionais (citado por Cerchiari, 2000).

Estes autores (1967, 1970, citados por Veríssimo, 2007) descreveram assim um conjunto de características cognitivas e afectivas comuns em pacientes com doenças psicossomáticas *clássicas*: (a) uma acentuada dificuldade em identificar e descrever sentimentos; (b) uma reduzida capacidade para fantasiar; c) um pensamento orientado por estímulos; (d) um estilo cognitivo literal, utilitário e orientado para o meio externo.

Sífneos (1972) inventou o termo para designar esta perturbação *cognitivo-afectiva*, sugerindo a existência de um substracto neurofisiológico, atribuído a uma disgenesia das conexões neuronais entre o sistema límbico e o neocortex (Souza, 1999). Em 1976, no Décimo Primeiro Congresso Europeu de Investigação Psicossomática, este foi o conceito central no sentido de o esclarecer e clarificar, havendo uma necessidade de uma definição consensual (Veríssimo, 2007).

Depois das observações iniciais das características clínicas originais para a alexitimia, mais duas foram acrescentadas em 1972 e em 1976, em Londres e em Heidelberg, respectivamente. A conferência de Londres afirmava uma hipótese de provável etiologia biológica para a alexitimia, enquanto a conferência de Heidelberg classificou-a juntamente com as patologias psicossomáticas (Souza, 1999).

A alexitimia, apesar de inicialmente ter sido relacionada a perturbações psicossomáticas clássicas, actualmente, pode ser encontrada num grande número de sujeitos que padecem de diversas perturbações físicas e psicopatológicas, quer como um estilo peculiar do funcionamento mental, quer como resposta do sujeito às *situações vividas como ameaçadoras pela difícil contenção psíquica das emoções dolorosas* (Teixeira e col., 1996, p.381).

Actualmente a alexitimia é concebida por inúmeros autores como um traço de personalidade dimensional com uma distribuição normal na população. Está associada a um risco aumentado de perturbações psicológicas e parece representar um factor de vulnerabilidade que promove o aparecimento de sintomas psicossomáticos (Cox et al., 1994; Lane et al., 1998; Bagby & Taylor, 1997, 2000, 2004; Guendel et al., 2000; Honkalampi et al., 2000; citado por Franz et al., 2008).

Freedman e Sweet (1954) descreveram certos pacientes como *doentes difíceis*, referindo que estes tinham dificuldades para *dar nome* às emoções, uma capacidade diminuta para utilizar o pronome pessoal *eu* num contexto significativo, e uma tendência para descrever sensações físicas bizarras e difusas que não podem ser localizadas. Segundo estes autores, há uma correlação positiva relevante, entre estas características e o tipo de cultura na qual se enquadram, antecipando assim, um dos aspectos fulcrais acerca da origem das características alexítimicas e da sua determinação social e cultural (citados por Carvalho, 2004).

Existem alguns autores que defendem um modelo genético na compreensão do fenómeno da alexitimia, como sejam Heiberg & Heiberg (1977, 1978; citado por Barros, 1996) que fizeram um estudo com pares de gémeos monozigóticos e dizigóticos, concluindo que existe uma forte componente genética na alexitimia, sendo, no entanto, um dado que deve ser utilizado com alguma precaução dado o número reduzido de elementos da amostra. Este estudo tem sido criticado devido à dimensão reduzida da amostra, sobretudo, pelo facto de que, tendo os sujeitos sido criados nas suas famílias de origem e expostos a influências ambientais semelhantes, não é possível tirar conclusões por uma componente genética já que as próprias variáveis ambientais podem ser igualmente responsáveis pelo desenvolvimento, ou não, de características alexítimicas (Lolas & Von Rad, 1989).

Numa vertente mais psicodinâmica, McDougall atribui à falência do ambiente humano, representado fundamentalmente pela figura materna, a impossibilidade da criança interiorizar tal objecto, o que a torna dependente do meio para lidar com os estados de tensão de origem interna e externa. Haverá assim uma necessidade e uma procura constante de um objecto capaz de desempenhar as funções que o indivíduo não pode desempenhar para si próprio. O que a autora sugere é que *no que respeita a pessoas com alexitimia grave, estamos perante um adulto não psicótico que, em certos aspectos, funciona como uma criança não verbal, desamparada, dependente dos outros para interpretar e lidar com as experiências emocionais* (McDougall, 1991, citado por Carvalho, 2004, p.99).

Para Krystal, (1987, citado por Lolas & Von Rad, 1989), as perturbações alexítimicas dão-se nas áreas afectiva, cognitiva e relacional. Assim:

- Na área afectiva, existe uma dificuldade em reconhecer e descrever os sentimentos, e na distinção de estados emocionais. A regulação das emoções e a sua identificação, constituem o principal défice;

- Na área cognitiva, o pensamento é operatório, o que corresponde a uma descrição detalhada dos acontecimentos externos, com ausência da dimensão emocional e fantasmática;

- Na área relacional, a relação de objecto é do *tipo operatório*, sendo que as relações com os outros tendem a ser utilitárias e pragmáticas, sem dimensão afectiva.

As teorias psicanalíticas propõem, de uma forma geral, a presença de uma perturbação na relação primária que é entendida como um factor etiológico importante no desenvolvimento de traços alexitímicos. Adoptando a posição de que a relação primária é uma relação de inter-regulação mútua de processos não só psicológicos mas também fisiológicos, Taylor (1997) considera que a vulnerabilidade à doença física e mental se constrói quando esta regulação fica comprometida no seio de uma relação primária inadequada.

Considerando que a alexitimia assinala uma perturbação na regulação das emoções, Taylor propôs que as perturbações psiquiátricas e psicossomáticas, nas quais a alexitimia desempenhe um papel fundamental, sejam reconceptualizadas como perturbações da regulação das emoções. Salaria que, segundo os conhecimentos teóricos da emoção, esta é um fenómeno biológico inato, postulando que é sobretudo na dificuldade da sua regulação, que se encontra o problema principal dos sujeitos com características alexitímicas. Tendo encontrado defesas imaturas e mal adaptadas em alexitímicos, refere também que esta característica da personalidade não deve ser considerada uma defesa, mas antes uma deficiência nas defesas. Segundo o autor, a pobreza de expressão emocional levou alguns clínicos a concluir, erradamente, que os indivíduos alexitímicos não tinham qualquer experiência ou consciência das emoções (1994, 1997, citado por Fabião, 2002).

Desde o aparecimento do conceito, que divergências existem até hoje. Ou seja, se autores existem, que defendem que a alexitimia será um constructo

multidimensional, outros defendem que será um constructo uno. Uma outra divergência existe a respeito da constância deste traço de personalidade, isto é, questiona-se se a alexitimia será um traço estável no sujeito ou se se modificará ao longo do tempo, em função de outras variáveis. Num estudo longitudinal com um *follow-up* de doze meses, os dados mostraram a importância da utilização de várias perspectivas, quando se está a estudar as alterações no estado de alexitimia. A alexitimia parece ser um traço estável se nos basearmos na similaridade das médias dos *scores* obtidos com a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), nas várias fases do estudo. Contudo, quando nos focamos nas mudanças da alexitimia sob uma perspectiva individual, os traços alexitímicos também parecem estar dependentes e fortemente relacionados a sintomas depressivos (Honkalampi, Koivumaa-Honkanen, Tanskanen, Hintikka, Lehtonen & Viinamäki, 2001, citado por Gonçalves, 2008).

É igualmente importante distinguir o constructo de alexitimia de outros com os quais pode ser confundido. Por exemplo, é muito importante distinguir um sujeito verdadeiramente alexitímico de um sujeito com um estilo de *coping* repressivo. Segundo Ramiro Veríssimo, enquanto que na alexitimia estamos a falar da presença de um défice, na repressão as emoções *estão lá*, simplesmente o sujeito utiliza mecanismos que servem como elemento de defensividade da angústia que a expressão da emoção pode trazer (2007)

5.2 Psicossomática e Cancro

Independentemente do mecanismo através do qual as emoções são induzidas, o corpo é o palco principal das emoções, quer directamente, quer através da sua representação nas estruturas somatossensoriais do cérebro (Damásio, 2004, s.p.).

A diversidade de factores psicossociais como acontecimentos de vida que provoquem *stress*, como mudanças importantes na vida do sujeito, o luto e outras, até ao próprio apoio social que o sujeito dispõe, têm sido considerados para o aparecimento e evolução da patologia oncológica. No entanto, continua a ser difícil estabelecer um vínculo entre a possível influência de factores sociais, psicológicos e

relacionais com o aparecimento ou não de doenças cancerosas. *A probabilidade de que factores psicológicos contribuam para a evolução de certos cancros levanta uma questão crucial: que mecanismos biológicos poderiam explicar este efeito?* (Greer, 1994 citado por Haynal, Pasini, & Archinard, 1998).

A influência dos factores psicológicos sobre o sistema imunitário, continua na ordem do dia, apesar da dificuldade na sua avaliação. A detecção precoce e a predisposição genética não se devem desligar dos sujeitos em questão, dos seus comportamentos, crenças e atitudes bem como da sua percepção face à doença.

As intervenções psicológicas têm aqui um lugar fulcral para diminuir riscos associados como a depressão, a ansiedade e outras. Sobre as perturbações emocionais e segundo autores como Massie e Holland (1989, citados por Haynal, Pasini & Archinard, 1998), cerca de trinta por cento destes doentes sofrem de perturbações de adaptação aliadas a humor depressivo e/ou ansioso. Estes autores acrescentam ainda que outros vinte por cento têm perturbações depressivas, ansiosas ou orgânicas. Ou seja, cinquenta por cento desta população, sofre de perturbações cuja intensidade e duração variam.

Estas afecções, ainda são, infelizmente muitas vezes subdiagnosticadas, e por isso insuficientemente tratadas. É paradoxal verificar que um doente que sofre simultaneamente de cancro e de depressão tem menos hipótese de ser correctamente tratado no plano psicológico do que um doente depressivo sem afecção orgânica (Massie & Holland, 1989, citados por Haynal, Pasini & Archinard, 1998 p. 226).

A Psico-Oncologia tem, na sua história remota, a contribuição directa de Galeno e, na sua história recente, todos os desenvolvimentos nos próprios campos da Psiquiatria e da Psicologia. À medida que estas áreas foram contribuindo cada vez mais para o conhecimento profundo do ser humano e desenvolvendo diferentes formas de tratamentos, foram se delineando as linhas de trabalho junto do paciente oncológico. Por outro lado, o próprio desenvolvimento da Medicina no que concerne ao entendimento das enfermidades oncológicas, bem como a descoberta de tratamentos novos, foram modificando, a partir do início do século XX, a visão do cancro como sentença de morte (Carvalho, 2002).

Holland (1996), psiquiatra do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center em Nova Iorque, começa na década de 70 um serviço de atendimento, pesquisa e formação em psiquiatria e psicologia. O seu trabalho procurava responder às seguintes questões: o que são respostas normais ao cancro? Quais são anormais, reflectindo um sofrimento que possa interferir no plano de tratamento? Qual a prevalência de problemas psicológicos que indicam a necessidade de psicoterapia? As reacções emocionais afectam o curso da enfermidade negativa ou positivamente? Quais as intervenções e estratégias de *coping* que podem reduzir o sofrimento? (p. 122)

Através de questionários, Holland pretendeu avaliar o funcionamento físico, psicológico, social, sexual e profissional, comparando estes funcionamentos na ausência da doença. Estes, entre outros trabalhos, foram estabelecendo a fundamentação da Psico-Oncologia, que foi definida por Holland (1990) como *uma subespecialidade da Oncologia, que procura estudar as duas dimensões psicológicas presentes no diagnóstico do cancro: 1) o impacto do cancro no funcionamento emocional do paciente, sua família e profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento; 2) o papel das variáveis psicológicas e comportamentais na incidência e na sobrevivência ao cancro.* (p. 11)

Outros investigadores defendem que uma das causas para a superprodução repentina de substâncias inflamatórias, raramente mencionada, quando se fala em patologia oncológica, é o *stress* psicológico. Um choque emocional, um sentimento de raiva ou de pânico pode desencadear a secreção de noradrenalina e cortisol. Estas hormonas defendem o organismo para uma potencial lesão, estimulam os factores de inflamação necessários para a reparação de tecidos, mas simultaneamente, estas hormonas, também actuam como *fertilizantes* dos tumores cancerosos (Glaser, 2005; Calcagni, Elenkov, 2006; citados por Servan-Schreiber, 2008).

Tabela 2 – As principais influências sobre as defesas imunitárias face à inflamação (adaptado de Servan-Schreiber, 2008)

INIBE	ACTIVA
Dieta Ocidental Tradicional (pró-inflamatória)	Dieta Mediterrânica, Indiana e Asiática (anti-inflamatória)
Stress, raiva e depressão	Serenidade, alegria
Isolamento Social	Apoio de família e amigos
Negação da sua identidade	Aceitação de si próprio
Estilo de vida sedentário	Actividade Física Regular

A corrente dentro da Medicina que assume o cancro como uma enfermidade única e exclusivamente do corpo é ainda muito poderosa e actuante. Os seguidores do modelo biomédico parecem repudiar qualquer tentativa de encontrar interrelações psicossomáticas na origem e no processo de cancro. Contestam esta posição com pesquisas detalhadas sobre mutações genéticas e alterações moleculares. Se depressão e ansiedade estiverem presentes no quadro clínico do paciente, os psiquiatras seguidores da Psiquiatria Biológica tratam com medicamentos, não valorizando o apoio psicoterapêutico. Para estes, a Psiquiatria Psicodinâmica não é uma verdadeira Psiquiatria médica (Bettarello, 1998, citado por Carvalho, 2002).

Esta divisão entre diferentes posições teóricas tem dificultado uma visão unificada do homem e a integração de tratamentos e deixa em aberto toda uma série de questões: porque uma determinada célula, em determinado momento, sofre uma mutação que a leva a uma proliferação inadequada e descontrolada? Porque em situações de exposição a elementos químicos altamente cancerígenos algumas pessoas desenvolvem cancro e outras não? Porque nem todos os fumadores desenvolvem um cancro, sendo o cigarro comprovadamente cancerígeno? Através exactamente de que processos ocorre a interferência do sistema imunológico no cancro? O que explica o efeito placebo? E as remissões espontâneas, conhecidas por todos os médicos? Qual o papel da fé nas curas inexplicáveis? Estas e inúmeras outras interrogações apenas serão respondidas através de uma compreensão mais ampla do ser humano e de como realmente funciona o seu organismo (Servan-Schreiber, 2008).

Indubitavelmente, ficam claras as lacunas do conhecimento do que realmente ocorre nos processos oncológicos. Não conhecemos todos os factores desencadeantes do processo cancerígeno e quais os factores para a cura. Os mesmos tratamentos não surtem os mesmos efeitos em pacientes com os mesmos diagnósticos e prognósticos, atravessando a mesma fase da doença.

Mesmo nos casos mais difíceis, a doença pode ter controlo e a vida do doente pode ser prolongada por um período de tempo variável, consoante o tipo de cancro e as características do doente. *Podemos dizer, portanto, que o cancro é, no sentido humano e biológico, uma doença “radical”, de tudo ou nada, ou dizendo melhor, de tudo (a cura, porque eliminámos o cancro) ou pouco (uma esperança de vida limitada pela evolução inexorável da doença).* Nestes casos, a partilha da vida humana com a doença oncológica é difícil e complexa e exige uma adaptação constante do doente e dos médicos às exigências que a doença impõe. (Costa, 2004,p. 49).

6. Relação Médico-Doente.

O interesse e o bem-estar do ser humano deverão prevalecer sobre o interesse exclusivo da sociedade ou da ciência.

(Silva, Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina, 1997, p.35)

Desde tempos imemoriais, desde que podemos falar de actividade médica, que entre os pacientes e os médicos se estabelece uma relação que transcende a mera actividade de prescrever, seja o que for (...). Essa relação mais ou menos inconsciente estava particularmente presente no que, através dos séculos, poderíamos chamar clínica geral, antes ou depois da medicina científica, nascida lá pelo séc. XIX (Moura, in Balint, 1998, p. XV).

Ao longo da História, a relação médico-doente, tem sido contaminada pelo modelo Parsoniano, em que o médico resolve os problemas e dá as ordens que são seguidas passivamente pelos bons pacientes (Parsons, 1951, citado por Dias, 2005). De tal modo que este modelo “*médico- activo – responsável – pelo – doente –*

passivo” ainda hoje predomina numa grande maioria de casos (Sharf, 1988, citado por Dias, 2005, p. 28).

Até à primeira metade do século XX, a propensão da Medicina era a de ocultar a verdade ao paciente. Do doente era esperado uma determinada conduta, sendo este o *bom doente*, que seguia as prescrições médicas sem as questionar, desprovido por isso do poder de decisão sobre a sua doença. (Dias, 2005).

Em consequência da evolução da Medicina, bem como o desenvolvimento e grau de especialização associado ao aperfeiçoamento tecnológico, verificamos que a prática médica tem hoje um novo discurso clínico que se tornou incompreensível para o doente. Acresce a isto o facto de que, dado todo este avanço tecnológico a relação do doente com os técnicos que manejam os equipamentos auxiliares de diagnósticos e de terapêutica é muito mais estreita e próxima, do que a que estabelece com o seu médico assistente. (Dias, 1999).

O olhar da Medicina e dos médicos passou a estar mais centrado no interior do corpo do doente, visível na procura de vestígios e sinais internos detectados por sofisticados equipamentos médicos, ao invés de se olhar para aquilo que o doente apresenta exteriormente e na sua globalidade. Deste modo, *o acto médico explodiu numa série de actos sujeitos a uma avaliação técnica que, conferindo maior legibilidade à actividade médica, não tem contribuído para a sua desmistificação em termos de prática mágico-carismática* (Dias, 1999, p. 503).

Uma vez detentor da posse exclusiva do desempenho da estratégia do trabalho clínico, o médico, distancia todos os outros profissionais da possibilidade de intervenção.

De acordo com Friedman, DiMatteo, Carapinheiro e Lopes, os cuidados médicos envolvem um processo de controlo social porque a relação *prestador de cuidados – doente pode ser vista como uma tentativa do primeiro, perito poderoso e independente, mudar as atitudes e comportamentos do segundo, tornando-o um receptor ignorante da comunicação e dos próprios cuidados de saúde produzidos e*

incapaz de assumir o papel de actor social (1979; 1993; 1994; citados por Dias, 1999, p.503).

Deste modo, consideramos que os profissionais de saúde, nomeadamente o médico, ao representar-se como detentor de um saber superior e absoluto, bem como de uma linguagem tecnicista que afasta o doente, invade, habitualmente, o direito na tomada de decisão do mesmo, considerando-o objecto do seu serviço profissional.

Nesta linha, o doente, nesta assimetria relacional é reportado para um desempenho passivo, sem ter possibilidade de participar no trabalho desenvolvido à sua volta, pois o seu saber é, muitas vezes, desvalorizado face à organização de saúde e ao saber do médico. *Para o doente, a única possibilidade de expressão ao nível de participação na cura, situa-se no plano das relações com as categorias profissionais de execução, enfermeiros e auxiliares de acção médica, a quem é tradicionalmente atribuído um papel primordial no que concerne à humanização dos cuidados* (Carapinheiro, 1993; Lopes, 1994; citados por Dias, 1999). Assim, é comum os doentes recorrerem a estes técnicos, procurando aquilo que não encontram no seu médico, visto que estes são entendidos como mais acessíveis, disponíveis e menos ameaçadores.

É através da relação que estabelece com o pessoal de execução que o doente compensa a falta de participação na decisão sobre a estratégia de tratamento que lhe foi definida pelo médico, na condição de ser um bom doente, definido em termos institucionais como aquele que não perturba em demasia a cadeia de operações pré-definida, isto é, aquele que melhor se adapta ao processo social de despersonalização (Coe, 1984, citado por Dias, 1999, p.504).

A interacção entre os factores de ordem social e legal fizeram surgir movimentos em prol da autonomia do doente, determinando uma nova perspectiva de perceber a relação médico-doente. Este modelo valoriza as crenças e valores da Pessoa doente e classifica-as como fulcrais no momento da tomada de decisão do médico, de tal modo que se as convicções entrarem em conflito com as da Medicina, a responsabilidade fundamental dos médicos deve cimentar-se no respeito pela autodeterminação dos doentes (Dias, 2005).

Segundo Boné, Goldfield & Rothman, Mackinllop et al. & Schain, o modelo da relação médico-doente não deve ser paternalista nem contratual, mas sim incrementar uma interação enraizada no valor ético e social da confiança mútua (1980; 1987; 1988, 1992; citados por Dias, 2005).

A prática de ocultação da verdade ao doente sobre o seu diagnóstico, prognóstico e, inclusivamente, sobre determinadas actuações terapêuticas, não parece estar, subjacente apenas ao critério da beneficência. Na verdade, um outro motivo que leva o médico a ocultar informação ao doente é a defesa do seu próprio estatuto profissional (Dias, 2005, p. 31).

De acordo com Davis e Fallowfield, a falha dos médicos na percepção da morbilidade psicossocial é habitual, pois esta é minimizada na recolha da história clínica do doente. As lacunas existentes ao nível da leitura das necessidades psicossociais do doente *não pode ser considerada nem boa ciência nem boa medicina* (1991, citados por Dias, 1999, p. 505).

Balint foi um dos autores que se dedicou a estas questões da relação médico-doente, investigando criteriosamente os motivos porque, frequentemente a acção dos médicos não tinha resultados satisfatórios porque, muitas vezes essa acção era causadora de tensão e desconforto, quer por parte do médico, quer por parte do doente, ou porque só a presença do médico tinha muitas vezes um efeito terapêutico. *Podemos dizer que Michael Balint veio dar forma científica e estruturada à relação médico/paciente, fulcro da moderna medicina geral e familiar, como hoje se designa entre nós portugueses* (Moura, in Balint, 1998, p. XV).

Este autor, define o conceito de “função apostólica do médico” para designar o efeito que as crenças do médico têm sobre a relação e a acção estabelecida: *era quase como se cada médico possuísse uma revelação daquilo que os pacientes tinham ou não o direito de esperar e suportar, como se o médico tivesse o dever sagrado de converter a esta fé todos os seus pacientes que a ignorassem ou aqueles que fossem descrentes* (Balint, 1998, p. 198). Um outro aspecto relevante do conceito supracitado está associado à *necessidade irresistível do médico em provar ao seu*

paciente, a todos em geral e, acima de tudo, a si próprio, que é bom, gentil, experiente e eficaz. (Balint, 1998, p. 209).

A empatia existente entre o doente e o técnico é de importância capital, dado que o estabelecimento de uma relação apoiante em que existe uma aceitação incondicional, uma disponibilidade e um reconhecimento dos aspectos da vida do doente para além da doença, atendendo e respondendo às suas necessidades afectivas, é aquilo que permite reduzir e transformar o seu sofrimento (Gonçalves, 2008).

É provável que as dificuldades dos médicos em avaliar a adesão ao tratamento dos seus doentes resultem de significações estereotipadas sobre as *personalidades* desses doentes, ou sobre os comportamentos de resistência às prescrições médicas. A personalidade *não-cooperante* de alguns doentes, ou a sua falta de motivação para aderir e seguir instruções serão alguns dos estereótipos mais comuns (DiMatteo & DiNicola, 1982; House, Pendelton & Parker, 1986; citados por Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Uma boa relação com o médico favorece, marcadamente, a adesão aos tratamentos e a atitude combativa dos indivíduos face à doença. Frente a um médico que o doente não percebe como disponível e com o qual não é estabelecida uma relação empática, pode gerar-se um bloqueio que dificultará o cumprimento rigoroso do tratamento e a adesão ao acompanhamento médico. Frequentemente, os médicos centram toda a sua atenção nos resultados dos exames médicos e o paciente como indivíduo, como ser psico-social, é esquecido (Corin, 1996, citado por Gonçalves, 2008).

O médico, quando se enriquece de ciência, adquire um equipamento de saber que deverá utilizar na sua prática perante o doente. Mas a sua rigidez, o rigor e a objectividade científicas deverão saber flexibilizar as suas fronteiras quando confrontadas com a Pessoa doente (Dias, 2005, p.21).

Na habitualmente designada anamnese clínica constrói-se uma história, são frequentemente feitas *descrições cronológicas “espessas”, experienciais, de queixas,*

de sintomas e sinais de repetidas observações do doente (...) mas a anamnese é (deve ser) sobretudo um tempo de comoção e uma oportunidade (...) de presença do sujeito sentiente, vocativo e locutor (Marques, 2002, p.149).

Na sua prática quotidiana, o médico pratica numerosos actos técnicos, diagnósticos e terapêuticos que provam à evidência o valor social do seu poder-saber e dos conhecimentos científicos de que é detentor. Mas não podemos negar que qualquer acto médico incide na Pessoa que sofre, apelando sempre que possível para a sua colaboração activa (Dias, 2005).

Como consequência do desenvolvimento científico actual, assiste-se a *uma visível cientificação das práticas médicas, determinante na prevalência de uma orientação de carácter tecnocrático-despersonalizante, visível nos cuidados de saúde produzidos ao nível das instituições hospitalares* (Dias, 2005, p.63). Até então, o médico agia junto dos seus doentes, tendo também uma função psicoterapêutica, porque dava de si, estava atento à pessoa doente, para além da doença. Hoje, o médico é, normalmente, um estranho, que tem vindo a minimizar a importância da história e do contexto familiar do doente, exacerbando o valor do sintoma.

Actualmente, o doente fica entregue a uma equipa multidisciplinar, seleccionada pela sua especialidade, que embora, optimize os cuidados prestados no sentido da competência técnica, deixa órfã a relação de confiança com o doente. Na Medicina actual, fonte de inegáveis progressos científicos, foi tentada a deslocar-se no sentido de uma perspectiva predominantemente tecnicista, registando-se uma inegável tendência objectivista decorrente dos caminhos da hiperespecialização, tratando-se por vezes “órgãos” e não “pessoas doentes” (Vaz Serra, 1980).

Assim, a práxis médica tem vindo a relegar para segundo plano a importância da relação impondo-se assim um apelo ao reequilíbrio entre as dimensões técnico-científica e existencial, reavendo *a dimensão humanista, a “esmeralda perdida”* da prática médica. (Dias, 2005, p.21).

O doente tem que ser ouvido e adequadamente informado. Se o doente tem o direito a saber sobre a sua situação clínica, o médico tem o dever de dar informação

aos seus doentes procurando o restabelecimento da sua autonomia. O diálogo entre os saberes sábios do médico e os conhecimentos leigos do doente, tem vindo a ser dificultado pela distância entre ambos e pela natureza impessoal da sua relação (Dias, 2005). Hoje em dia, a codificação, seja numérica e/ou binária, substitui na clínica moderna, até o nome do doente

Esta natureza impessoal é ainda reforçada pela intermediação de vários instrumentos técnicos (Resende et. al., 2005, citado por Dias & Durá, 2002). A nosso ver, o que está em causa não é a utilização destes instrumentos técnicos, mas sim o uso excessivo destes suportes que pode ser usado para mascarar e camuflar as dificuldades do médico em impulsionar e desenvolver um diálogo com o seu doente, empatizando com o seu sofrimento.

A revelação desta obrigação moral é ajuizada como pertinente, uma vez que a crítica pública é dirigida à prática médica de muitos, que é hoje considerada como “impassível, surda, fria, alexitimica: ofuscada pela biologia da doença, fecha as portas do ser (na expressão de José Enes) ser que se anuncia no imperativo” (Marques, 1999, citado por Resende, 2005, p.15).

É dever do profissional de saúde estar atento ao seu paciente, *ouvir as suas queixas, interrogá-lo com o propósito de este falar sobre o seu mal-estar e eventualmente sobre a sua história clínica (...). A empatia é trabalhada nestes encontros. A sua frequência facilita esta tarefa, mas a disponibilidade simpática do médico assistente é um meio a não descurar para o êxito desta prova relacional. Nestes encontros está em causa a singularidade do doente e da sua doença.* (Resende et al, 2005,p. 17).

O doente tem, portanto, o direito completo à verdade. Acontece, no entanto, que, em termos práticos, esta não é uma questão pacífica. Por um lado uma verdade crua pode tornar-se um acto de tal forma cruel que a mentira piedosa parece revestir-se de uma humanidade mais coadunada à figura do médico(...) Por outro nem todos os doentes querem conhecer a mesma parcela da verdade. Dividido entre a obrigação moral de dizer a verdade e a hipótese de cair na crueldade, o médico vê-se perante uma situação carregada de impasse entre o atender à singularidade do

doente e diminuir o seu sofrimento e o seu dever de dizer-lhe a verdade de forma objectiva e sem qualquer camuflagem. (Jonas, 1985, citado por Mendes, 2006, p.91)

Estes dilemas vividos pelo médico, confrontado constantemente com os momentos de dar vida e de anunciar a morte, num compromisso difícil entre o ser frio e o ser quente, a proximidade e a distância do outro, a neutralidade afectiva e o envolvimento comprometido com o ser humano, exacerbam a intensidade e complexidade que pauta a relação médico-doente.

O confronto com inevitabilidade da morte, leva a que muitos doentes adiram, sem muitas dificuldades, às propostas terapêuticas que lhe são feitas. Contudo, existem casos em que os doentes não aderem às terapêuticas prescritas, o que levanta interrogações que se inscrevem no domínio da ética médica. Por um lado, encontra-se o doente, ao qual diz respeito a decisão de recusar ou abandonar o tratamento que lhe é proposto, por outro, encontra-se o médico, *o guardião da vida*, aquele cujo papel é o de *a preservar e prolongar tanto quanto pode* (Mendes, 2006, p. 88).

A boa prática clínica, aquela que os doentes esperam do seu médico é a que, atende à singularidade da Pessoa doente, e abarca os vários aspectos que concorrem para um prognóstico específico em função de um doente particular. A questão da comunicação com o doente, a informação que lhe é dada, inscreve-se no domínio da ética como uma das questões com a qual os médicos se confrontam mais frequentemente. *Esta questão encontra-se, aliás, intrinsecamente ligada com uma outra de natureza diferente: a questão do direito à morte.* (Mendes, 2006, p.91).

6.1. Relação médico-doente na doença oncológica

A controvérsia sobre informar ou não os doentes oncológicos, sobre o seu estado de saúde remonta aos tempos da Grécia Antiga (Reiser, 1980) e tem acompanhado a evolução das Ciências Médicas.

É relativamente recente o aparecimento de estudos, a nível europeu, sobre a atitude assumida pelos médicos em relação à informação que é prestada aos doentes oncológicos (Dura, Mira & Soriano, 1987; Dura & Ibañez, 1987, 1991; citados por Dias, 2005). Dos trabalhos que existem na Europa Latina, tem vindo a ser concluído

que a comunicação e a passagem de informação aos doentes é pautada por alguma ambiguidade, falta de clareza e presença de lacunas (Newall, Gadd & Priestman, 1987, citado por Dias, 2005).

No que concerne à informação dada aos doentes, existe um espectro que varia entre o conhecimento absoluto da sua afecção até à ignorância completa sobre esta. Segundo alguns estudos, estes distintos níveis de conhecimento têm diferentes efeitos na adaptação psicossocial dos doentes (Dupont, 1987; Sznajke, Hans & Keiser, 1987; citados por Dias, 2005).

A investigação tem demonstrado que se os doentes com cancro forem correctamente informados da sua situação clínica e com eles for estabelecida uma comunicação eficaz, estes aceitam com maior facilidade a doença, aderem mais facilmente aos tratamentos e vivem com mais qualidade.

Segundo Estrella Durà, o facto de a doença oncológica se inscrever hoje no quadro das doenças crónicas, o que requer a adaptação dos doentes às condições de cronicidade, *transforma a informação prestada ao doente “como uma das estratégias mais poderosas”*. Segundo a psicóloga espanhola é esta informação que se converteu *num mecanismo através do qual o doente adquire status de pessoa com capacidade de decisão no plano da relação médico-doente*, contribuindo assim, para aumentar a sua qualidade de vida. (citada por Resende et al, 2005, p. 62).

Deste modo, podemos entender que a informação ambígua ou com elevado grau de incerteza pode ter consequências mais negativas que uma informação completa ou a ausência total de informação (Dias, 1999)

Dias refere que transmitir o diagnóstico a qualquer doente constitui-se como um dilema ético para o profissional que o faz. *Se ao doente assiste o direito de saber a verdade sobre a sua doença, ao médico assiste o dever de prestar a informação, procurando manter-lhe a esperança e o ânimo, com vista ao restabelecimento da sua autonomia* (1997, citado por Figueiredo, 2007, p.54). É assim cada vez mais evidente que a forma de transmissão da notícia sobre o diagnóstico condiciona o estado psicológico do doente oncológico.

7. Metodologia

7.1. Delineamento

Irá realizar-se um estudo de caso, no intuito de estudar um fenómeno comportamental específico e para que se possa dar uma explicação menos padronizada e mais ampla dos problemas colocados. O estudo de caso tem, a nosso ver, a vantagem de conceder uma maior importância ao subjectivo e ao intersubjectivo e atender à complexidade da problemática estudada.

Assim, pretende-se elaborar um estudo descritivo de um sujeito, sendo a unidade de estudo – os mecanismos psicológicos do sujeito com cancro colo-rectal, segundo uma abordagem psicossomática e a relação médico-doente – tendo-se elaborado um protocolo da entrevista clínica semi-directiva (anexo I) e procedido à recolha e selecção de dois instrumentos complementares de avaliação (Rorschach - anexo II) e (Escala de Alexitimia de Toronto – TAS 20 – anexo III).

7.2. Participante

Um sujeito, de 46 anos de idade, licenciado em Gestão de Empresas e com diagnóstico de Doença de Crohn há cerca de 29 anos e diagnóstico de cancro colo-rectal há aproximadamente 2 anos.

7.3. Procedimento

O contacto com o participante deste estudo deu-se no contexto da minha clínica privada. Após a primeira consulta e a realização de algumas sessões, questioneei o doente, no sentido de saber se este estava na disponibilidade de colaborar na presente investigação.

À *posteriori*, procedeu-se a um acordo verbal explícito do participante acordando a sua participação – assim a colaboração deste foi completamente voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo (anexo IV)

Foram definidas uma totalidade de seis sessões a serem realizadas em três semanas, e a terem lugar no gabinete de psicologia da CSL - Clínica Saúde de

Lisboa. Nas primeiras três sessões procedeu-se à entrevista clínica e na quarta sessão foi aplicada a prova projectiva, tendo esta como função completar e esclarecer os dados clínicos da entrevista, que espontaneamente não são tão claros e que são fundamentais na compreensão do funcionamento do indivíduo. Na quinta sessão foi passada a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS – 20), para além da entrevista clínica que se prolongou para a sexta sessão.

7.4. Instrumentos

7.4.1. Entrevista Clínica

A entrevista clínica é um importante espaço de encontro de subjectividades e de obtenção de dados fundamentais para a percepção do funcionamento emocional do indivíduo e para o enquadramento da posterior aplicação e análise do Rorschach bem como da TAS -20.

O entrevistador deve tentar compreender o sujeito, explorando as diversas facetas da sua personalidade através de uma atitude dialogante e directiva, sem que essa directividade reforce as resistências, e aí há a necessidade de uma extrema sensibilidade para a escolha do momento certo de intervenção. A primeira regra da interpretação na entrevista ‘relacional’ pressupõe que a interpretação se inscreva numa atmosfera de intercâmbio emocional (Leal, 2004). Para além disso, não se deve cortar o processo associativo do indivíduo durante o processo das entrevistas, pois embora a pessoa que esteja a entrevistar seja o guia da entrevista em si, é o indivíduo que é possuidor da problemática que a vai reger e como tal deve expor os seus conteúdos e contar a sua história de forma fluida e o mais livre possível.

Fundamentalmente pode dizer-se também, que para além da obtenção de informação sobre o sujeito e a doença da qual é portador, a entrevista permitiu estabelecer um contacto com o indivíduo numa relação dual e compreensiva no intuito de apreender a dinâmica do sujeito e criar um clima propício à passagem do Rorschach (Brás, 1995, p.75).

Blanchet e Gotman (1992, cit. por Pedinielli, 1999) referem que a entrevista de investigação vai para além do pôr questões, é um acontecimento específico que se

pode padronizar mas que comporta sempre um certo número de incógnitas inerentes ao facto de se tratar de um processo de interlocução, e não apenas de um levantamento de informações.

Mediante o que se explicitou, pode depreender-se que a entrevista clínica serve vários objectivos, de entre os quais se destacam os seguintes: o de permitir o sujeito expressar-se, incentivando-o a tal quando necessário, escutar atentamente o que se quer partilhar, devolver algo em reciprocidade. Através da entrevista vão-se produzir factos de linguagem, por via dos quais se vai instaurar uma troca, reconstrução dos factos reais, assim como se vai elaborar uma apreciação dos factos que vão sendo evocados no decorrer do discurso.

Em função do grau de estruturação que a entrevista pode ter, classifica-se como estruturada, semi-estruturada ou aberta. Shea (cit. por Nunes, 1993) mostrou que o estilo da entrevista, clínica ou de pesquisa depende dos seguintes aspectos: das áreas temáticas para tomar decisões clínicas ou recolher dados de pesquisa; da quantidade de dados necessários; da importância de recolher dados históricos e sobre os sintomas do paciente em oposição em recolher a sua opinião ou compreendê-lo do ponto de vista psicodinâmico, e do tempo de duração da entrevista. Considerando estes factores, alguns autores como Richardson, Dohrenwen e Klein (cit. Nunes, 1993), falam em padronização - a extensão pela qual áreas e itens esperados são especificados - e em estruturação - a especificidade prévia das perguntas e a sua sequência no processo da entrevista.

Assim, a entrevista aberta (Blegen, 1989, cit. por Craig, 1991), também denominada não estruturada ou livre, é aquela na qual o entrevistador está interessado no discurso espontâneo do entrevistado e segue o fluxo natural das suas ideias. Este tipo de entrevista permite a emergência de material mais preditivo do que aquilo que o entrevistado diria, ou faria, na vida real, e também permite ao entrevistador adaptar-se a situações particulares do entrevistado.

Diametralmente oposta a este tipo de entrevista aberta, é a entrevista estruturada ou fechada, que é aquela altamente padronizada e que tem como principal intuito colectar informação sobre áreas muito específicas da pessoa e estabelecer o

meio de as obter. Esta forma de entrevista, permite colectar a mesma informação de diferentes entrevistados, ou do mesmo entrevistado em circunstâncias diferentes, facilita a quantificação de dados e a comparação entre casos.

Entre estes dois tipos de entrevista, situa-se a entrevista semi-estruturada, ou semi-dirigida, que especifica as áreas que devem ser exploradas, mas não estrutura as perguntas, nem a sequência das mesmas. Segundo Wiens (1989, citado por Nunes, 1993), é a que dá ao entrevistador mais liberdade de formular as perguntas e organizar a sua sequência, requerendo naturalmente mais experiência, habilidade e treino e, em simultâneo, o sujeito tem mais liberdade em exprimir a sua problemática, intervindo o psicólogo apenas com o objectivo de procurar um maior esclarecimento, de clarificar pontos obscuros ou confusos ou de ampliar informações.

7.4.2. Rorschach

O Rorschach permite a análise dos mecanismos inconscientes que configuram uma leitura do corpo imaginário, facilitando a percepção de estratégias de sobreposição do corpo libidinal ao corpo real, desprovido de toda a projecção simbólica. O que se constata na maior parte dos possuidores de doença orgânica é uma ocupação do si real em sofrimento em todo o espaço de representação mental (Pedro, Soubigou & Balanda, 2001). *O indivíduo é assim confrontado com uma dupla exigência: vai mostrar-nos em que medida e como se organiza para encarar o seu mundo interno e o seu meio (...) dado que se trata de se conformar com os limites impostos pela realidade, deixando lugar ao possível, ao imaginário e aos fantasmas* (Chabert, p.32, 1999).

A prova é constituída por dez pranchas, todas elas possuidoras de estímulos ambíguos, sendo solicitado ao sujeito – através da questão inicial – a atribuição de uma forma e de um significado. *Esta estruturação do estímulo, revela a mobilização dos esquemas internos da personalidade e o modo como o sujeito se organiza e que são reveladores da sua própria estruturação psicológica* (Brás, 1995, p.78).

De um modo geral, pode dizer-se que a prova projectiva Rorschach dá-nos acesso ao modo de funcionamento do indivíduo face ao seu corpo, seu espaço e seu tempo, o que direcciona para a problemática da identidade aqui exposta.

Esta prova foi publicada em 1920 por Hermann Rorschach, e é composta por pranchas, cada uma delas possuidora de uma mancha de tinta, sendo os cartões I, IV, V, VI, VII de cor negra, os cartões II e III de cor negra e vermelha e os restantes (VIII, XIX e X) de vários tons pastel.

Acredita-se que no caso do doente oncológico dever-se-á ter em conta as pranchas com solicitações latentes que mais apelam à integridade corporal, à representação de si e de si face ao outro, auto-imagem e preocupações somáticas – pranchas I, III, V, IX e X. (Brás, 1995). Para além disso, as pranchas unitárias (I, IV, VI e IX) favorecem a projecção do corpo humano, permitindo assim a compreensão da percepção por parte do doente oncológico face a si mesmo; as pranchas possuidoras de uma bilateralidade marcada, apelam para a representação da relação no sujeito, o que é extremamente importante para perceber como este se posiciona face a um outro, ao *não si*. *Deve ter-se em conta, igualmente, a reactividade à cor ou a ausência desta o que pode significar uma recusa do pulsional e dos seus representantes simbólicos* (Brás, 1995, p.126).

Espera-se assim que o protocolo do participante deste estudo apresente uma baixa produção com poucas respostas, sendo a maior parte destas em G, remetendo para uma socialização passiva. Espera-se que nas pranchas mais simbólicas da imagem corporal o que apareça, sejam sobretudo desvitalizações e indefinições, o que poderá reenviar para um self coartado libidinalmente o que remete, indirectamente para uma baixa auto-estima. Aponta-se ainda para que, ao nível da identidade e da imagem de si, o sujeito dê imagens na sua integridade mas de tonalidade disfórica, e tenha dificuldades ao nível da identificação a vários níveis (Brás, 1995).

7.4.2.1. Análise das pranchas

Prancha I

Mancha cinzenta escura centrada, onde existem quatro lacunas com grandes aberturas de bordos muito irregulares. Esta composição tripartida vai permitir pôr esses diferentes elementos que compõem o estímulo em relação, seja essa relação entre seres humanos ou entre animais. As lacunas centrais são, habitualmente pouco interpretadas, embora haja quatro buracos ou espaços brancos, e que ora passam despercebidas, ora acabam por ser integradas na própria imagem, podendo trazer consigo elementos de inquietude, desagradáveis, persecutórios. Esta prancha reenvia para a relação com a Imago (representação inconsciente) materno todo poderoso, podendo ter respostas a um nível mais evoluído, mais relacional, mais lúdico, ou menos evoluído, mais perturbado, mais ameaçador (Chabert, 1998).

Prancha II

Esta prancha é composta por uma mancha que inclui a cor negra e vermelha, de estrutura simétrica, que engloba um grande espaço vazio – o branco. Há uma estrutura bilateral em volta da parte central vazia, onde se insere o vermelho. Este é importante na medida em que reaviva as pulsões libidinais e agressivas do sujeito (Chabert, 1998).

Prancha III

Esta prancha tem os mesmos componentes da prancha II, nomeadamente a cor vermelha, no entanto, difere desta numa maior abertura ao branco. O modo de apreensão em G refere-se normalmente à relação que o sujeito estabelece entre as partes negras. O clima emocional é positivo e esta prancha agrada normalmente aos sujeitos. O próprio estímulo, por estar próximo da realidade objectiva facilmente as silhuetas humanas (Chabert, 1998).

Prancha IV

Esta prancha é composta por uma mancha escura e densa, mais compacta, que se espalha bastante no cartão. Esta prancha é mais próxima da prancha I e é a mais sombria. O esbatimento remete para a necessidade de um contacto mais próximo, mais íntimo, e nem todos os indivíduos têm necessidades dessa natureza, o

que quer dizer que, sendo assim, poderá haver aqueles que são mais sensíveis à forma. Outras vezes, os sujeitos são sensíveis às qualidades sensoriais do estímulo e, nesse caso, praticamente não há forma. Esta prancha está associada à força, ao poder, à autoridade. Sendo esta prancha simbolicamente representativa dessa autoridade, vamos ter reacções quer positivas quer negativas, na forma como os sujeitos se vão posicionar face a essa autoridade (Chabert, 1998).

Prancha V

Esta prancha é composta por uma mancha compacta negra, relativamente pequena, com mais unilateralidade. A regra quase sempre é um modo de apreensão global G, por causa do carácter maciço e unitário deste estímulo. A tonalidade emotiva é neutra, adaptativa. Este não é um estímulo que levante grandes questões, pois está muito próximo da realidade objectiva (tal como na prancha III). Algumas vezes este estímulo mostra-se disfórico, mas só se apresenta como tal, quando a representação de si é difícil. Devido ao seu carácter unitário, apela também à unidade do sujeito, pelo que quando a unidade está posta em causa, o estímulo torna-se problemático. Quanto ao valor simbólico, pelas características maciças e unitárias deste estímulo, esta prancha apela sobretudo ao sentimento de integridade física e psicológica. É chamada a prancha da identidade, a representação de si, o que nos remete para uma integridade ao mesmo tempo psíquica e somática. Testa muito bem a presença de envelope corporal e psíquico no sujeito, de películas contentoras da psique, do pensamento, mas também do interior do corpo. Esta prancha é vista, assim, como a da adaptação do sujeito à realidade (Chabert, 1998).

Prancha VI

Esta prancha é composta por uma mancha cinzenta onde predomina o esbatimento (textura), atravessada por um eixo vertical, que se destaca facilmente do resto daquela massa inferior compacta; tem duas partes distintas: uma massa compacta em baixo, atravessada por uma parte saliente. Do ponto de vista simbólico, é uma prancha muito saturada em factores com implicações sexuais e/ou enérgicas-dinâmicas (Chabert, 1998).

Prancha VII

Esta prancha é completamente diferente das anteriores, na medida em que predomina o espaço branco, ou seja, o fundo. O seu contorno é irregular, tendo uma forma de colar em tons de cinzento claro. A mancha permite a desagregação em três partes distintas. A reacção no que respeita à figura, pode ser em relação às partes isoladas do estímulo ou pode percepcioná-lo numa combinação bilateral. Quando há uma grande sensibilidade ao branco, o sujeito pode dar respostas muito distorcidas da realidade que têm a ver com o corpo humano, e que reenviam para o vazio. Quanto ao valor simbólico, trata-se de uma prancha feminina, materna, onde o sujeito é confrontado com a sua primeira relação; o vazio central é vivenciado como colo materno (Chabert, 1998).

Prancha VIII

Prancha em cor pastel que se desenha em torno de um eixo médio, com muito branco. Os D rosas laterais são as partes da prancha mais interpretadas e é aqui que aparecem as respostas banais “mamíferos”, que são determinadas quase sempre pela forma. Estes detalhes estão muito próximo da realidade e isso permite ao sujeito evitar a integração da cor, ou seja, evitar lidar com os afectos (Chabert, 1998).

Prancha IX

Esta prancha é constituída por três placas coloridas de cores largamente repartidas sobre um fundo esverdeado. É um cartão considerado dos mais difíceis e a tonalidade emocional é variável, dependendo da capacidade do sujeito aceitar ou não a regressão. Tem um grande impacto emocional no sujeito e não há resposta banal para este cartão.. As formas são vagas, há grandes cortes dispersos e as cores são vivas e distintas (Chabert, 1998).

Prancha X

Nesta prancha predomina, para além da cor, a dispersão. Dadas estas características de dispersão, remete o sujeito para fantasmas de fragmentação. Constitui-se como a ruptura da transferência com o examinador (Chabert, 1998).

7.4.2.2. Rorschach e Psicossomática

Nas organizações psicossomáticas, o corpo sofre perturbações orgânicas, perturbações essas que ocupam todo o espaço de representação do indivíduo. A interpretação clássica do Rorschach é pertinente quando é preenchido por respostas carregadas de banalidades e ausentes de subjectividade, cor ou movimento.

Segundo o modelo da Escola de Paris, o sujeito revela um estado de desorganização que se explica por um défice do pré-consciente; esta ausência de conflito será interpretada por um desgaste da pulsão; no fundo este pouco investimento na prova que se tem verificado nos pacientes psicossomáticos, reflecte a retirada libidinal descrita por Coimbra de Matos e a falha do imaginário que Sami-Ali propõe (citados por Gonçalves, 2004).

Assim, o Rorschach vai dar-nos conta de uma patologia de conformismo. Temos um sujeito que, nesta patologia adaptativa, dá respostas de boa forma, sem fugir da mancha, conteúdos ban, com muita dificuldade em dar respostas criativas. Estamos perante a patologia da adaptação de Sami-Ali e pensamento operatório de Coimbra de Matos (citados por Gonçalves, 2004).

Numa perspectiva psicossomática, é fulcral perceber que as temáticas/conteúdos dados pelo sujeito, dão uma leitura psíquica deste, mas principalmente uma leitura corporal, uma vez que *o corpo (doente) ganha uma grande dimensão no processo projectivo, sendo que as respostas ao Rorschach tornam-se representações do corpo, e a sua decifração faz-se pela via de uma leitura do espaço de percepção, que é a prancha* (Pedro, Soubigou, Balanda, 1998, p.319).

Este corpo precisa de um quadro externo que dite as regras – o *superego corporal* – o que se pode traduzir, durante a aplicação por perguntas como « o que devo ver?», « Depois diz-me a resposta?». Espera-se, igualmente, que as respostas sejam marcadas por modos de apreensão globais, tendendo para o registo do banal (podendo muitas das respostas ser efectivamente ban) e do conformismo, por determinantes formais, em que o que predomina é a colagem ao estímulo e a fuga à angústia latente na prancha que ressoaria através de determinantes sensoriais e por conteúdos marcados pela defensividade, pela crosta socializante e pela incapacidade

de mentalização face a estímulos que poderão reactivar no indivíduo afectos mais arcaicos (Gonçalves, 2004).

7.4.2.3. A importância da prova projectiva na problemática psicossomática

As técnicas projectivas, no intuito de apreender a realidade psicológica do sujeito, permitem revelar o processo mental que funda a relação do sujeito com o objecto, acedendo à sua realidade psicológica, ou seja, a forma como o sujeito vive na relação com os outros e se constrói. A situação projectiva pode ser assimilada a uma situação de conflito, porque as características ambíguas dos estímulos levam o sujeito a ter de mobilizar activamente a imaginação e o sujeito vai ter de, num mesmo movimento, numa mesma resposta, conciliar imperativos inconscientes e conscientes. Assim temos a prova projectiva como um espaço de representação de si e de evocação de representação de relações (Gonçalves, 2004).

No que concerne a patologia psicossomática, o teste projectivo parece pôr em evidência a dificuldade que estes sujeitos têm em se projectarem, espelhando assim a repressão da função simbólica presente neste tipo de personalidade, pautada por uma falha ao nível do imaginário. Esta falha traduz-se muitas vezes, nas provas através de um registo de apego ao formal e de evitamento do conflito (Gonçalves, 2004).

No psicossomático, apesar do reconhecimento correcto, do ponto de vista perceptivo, a identidade permanece indistinta, como se os processos de individuação não confirmassem uma imagem de si estável (Brás, 1995, p.69).

7.4.3. Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20).

A Escala de Alexitimia de Toronto –TAS- apresentada em 1985, por Graeme Taylor, Ryan e Bagby, era constituída por quatro factores, que dão conta dos aspectos principais do conceito de alexitimia: F1 – dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; F2 – dificuldade em descrever sentimentos aos outros; F3 – fantasia reduzida; F4 – pensamento orientado para o exterior (Prazeres, Taylor & Parker, 2004). Esta escala é um instrumento de auto-avaliação que pode ser aplicado a sujeitos de ambos os sexos, com dezoito ou mais anos de idade. É a mais recente versão desta escala e resulta de uma investigação continuada para melhorar a avaliação do constructo de alexitimia,

sendo as suas qualidades psicométricas significativamente melhores do que a Escala de Alexitimia de Toronto de vinte e seis itens (TAS-26) (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Parker, Taylor & Bagby, 2003; Taylor et al., 1997; citados por Prazeres, Taylor & Parker, 2004).

É uma escala constituída por vinte itens com uma estrutura de três factores: F1-dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais que acompanham as emoções; F2 – dificuldade em descrever os sentimentos dos outros; F3 – pensamento orientado para o exterior. A cada item o sujeito atribui um valor de 1 a 5 numa escala de Likert. A cotação é feita através dos valores atribuídos pelo sujeito excepto nos itens 4, 5, 10, 18 e 19 que são cotados de forma inversa. O *score* total de alexitimia varia entre um mínimo de 20 e um máximo de 100. Uma nota final igual ou superior a 61 é considerada como assinalando elevada alexitimia e uma nota final igual ou inferior a 51 como assinalando baixa alexitimia (Prazeres, Taylor & Parker, 2004). (anexo VII)

8. Estudo de Caso.

8.1. História Clínica, Familiar e Pessoal

Data de Nascimento: 12 de Fevereiro de 1961

Estado Civil: Casado

Habilitações Académicas: Licenciatura em Gestão de Empresas

Diagnóstico: Doença de Crohn. Cancro colo-rectal.

Anos de Diagnóstico: 28 anos (Crohn) 2 anos (Cancro colo-rectal).

Observação

O M., de estatura alta, muito magro, ar cansado, macilento, expressão séria; apresenta fluidez verbal, e mostrou-se sempre colaborante, tendo uma postura empática.

O contacto com o M. foi evoluindo ao longo das sessões, em que a relação foi sendo cada vez mais fácil, na medida em que M. foi ganhando gradualmente confiança e, por conseguinte, nas últimas sessões parecia estar muito mais descontraído.

História Clínica

O M. foi diagnosticado com Doença de Crohn, aos 18 anos de idade, pelo Dr. D.F., sendo que os sintomas terão aparecido aproximadamente um ano antes – *o meu primeiro episódio de diarreia, cólicas e arrepios apareceu quando eu tinha 17 anos (...) foi no fim das férias grandes, estava eu em Torres Novas, no quartel com o meu pai (sic).* Este episódio é descrito por M. com alguma tristeza, acrescentando que *esse ano foi muito complicado, foi filho da mãe, foi mesmo muito complicado (sic).* Acrescenta: *... e lá fui eu para casa dos meus avós, na altura estava em obras. Agora imagine lá...eu com aquelas cólicas e sempre que queria ir à casa de banho, tinha que atravessar uma zona ao ar livre. Mas a história não acaba aqui: nesse Inverno houveram umas cheias monumentais e nós tivemos que mudar para a casa da minha tia, que para além de não estar em obras, não estava inundada como a dos meus avós. Como a aldeia ficou isolada, para aí durante uma semana, toda a gente se*

ajudava, os mantimentos eram entregues de barcaça. O que aconteceu foi que eu tive que ficar na casa da minha tia com os meus avós e mais dez pessoas. Continuava com as cólicas, obstipação e sub-oclusões. Os médicos de clínica geral diziam que era do sistema nervoso (sic).

A Doença de Crohn foi sendo controlada pelos métodos tradicionais, sendo que entre outros fez tratamentos com Salozopirina, Vitamina B12, ácido fólico e Prednisolona.

O M. refere que foi através de um cirurgião, O Dr. D.S., vizinho dos seus pais em Lisboa, que teve conhecimento do Crohn. Este médico sugeriu-lhe que consultasse um especialista, o Dr. D.F. Este sugeriu-lhe que fizesse um exame de trânsito intestinal, e depois deste exame veio a confirmação da sua doença. Face à sua reacção ao diagnóstico, M. refere ter desenvolvido algumas inibições em algumas actividades como ir para a praia, e todo o tipo de convívio social no qual não tivesse a garantia de ter uma casa-de-banho próxima.

Após o aparecimento do Crohn, deram-se várias alterações ao nível da fisionomia de M., sendo que terá emagrecido, de forma muito significativa, e descreve, de igual modo, falta de energia anímica e um quadro de anemia associado.

Relativamente à frequência das crises agudas da Doença de Crohn, M. refere que é cíclico, *a tripa aguenta-se cinco anos e depois volta ao mesmo (sic)*. Estabelece ainda uma relação entre determinadas situações *stressoras* e o aparecimento de sintomatologia – *já percebi que em situações de stress, mesmo que seja aquele bom, de um gajo estar num projecto muito aliciante, mas que tem prazos e objectivo para cumprir, ou seja, quando há agitação, a tripa ou agrava muito ou o que é surpreendente, desagrava totalmente (sic)*.

Quando eu estou ansioso, porque vou estar com pessoas diferentes do habitual, e isto já acontecia com o saco, a tripa ou bloqueia completamente, ou então é ao contrário...(sic)

Relativamente ao aparecimento e frequência da sintomatologia, M. descreve com maior exactidão uma relação vivida em contexto profissional que segundo ele agravou os sintomas – *Enquanto eu estive no banco, ia todos os dias de manhã levar soro com vitaminas, antes de ir trabalhar...isto antes de ser operado. O único que sabia era o administrador, o chefe directo não, tinha muito má relação com ele, o gajo é muito bom profissionalmente, é muito inteligente, anda sempre à frente dos outros e irritava-se com o resto das pessoas, por não o conseguirem acompanhar; falava alto, gritava à frente de quem fosse (sic).*

Diz ter realizado algumas cirurgias, a primeira das quais realizada em 1980, no Hospital da Cruz Vermelha, onde lhe retiraram parte do intestino. Em consequência deste facto, o M. é obrigado a tomar suplementos vitamínicos, cortisona e ácido fólico. Três anos depois foi para Basel, na Suíça, onde os exames que lhe foram feitos confirmaram a medicação que lhe tinha sido prescrita. Nessa altura, iniciou um tratamento, em que tinha que ficar vinte dias de jejum, onde só lhe era permitido ingerir alimentação liofilizada. Este tratamento repetiu-se por mais dois anos, sendo que M. refere que sentia melhorias temporárias, referindo que mesmo assim, não quis continuar este tipo de tratamento por mais anos – *porque me chateei, quando piorava tomava cortisona (...) (sic).*

Em 1986, terá sofrido nova cirurgia, realizada no Hospital Militar – *seis anos depois fui operado, no último ano do curso...foi o último ano no ISLA e nos quinze dias de férias da Páscoa, foram todos à viagem de finalistas e eu fui para o hospital para ser operado (...) Aquilo é assim, elimina-se o que não está bem, tira-se esse bocado, junta-se as duas partes e espera-se que não volte a inflamar (sic).* Na descrição deste acontecimento, observa-se muita tristeza.

Durante este período apareceu-lhe uma fistula anal, que o incomodava bastante e que tinha que ser drenada. Em 1993, foi novamente operado, devido a uma nova crise de sub-oclusão, no Hospital da Cruz Vermelha pelo Dr. C.S., o seu primeiro médico de gastroenterologia.

Em 1998, foi mais uma vez submetido a uma cirurgia, por estenose oleal e fistula íleo-cólica (transverso), tendo assim como objectivo a entesectomia segmentar e encerramento da fistula.

Em Janeiro de 2001, foi mais uma vez operado e começou a ser seguido pelo Dr. A. M.. A fistula anal continua activa e a incomodar bastante M.. O Dr. A. M. tentou fazer nesta altura, algumas alterações terapêuticas: para além da manutenção da terapia normal (Salofalk, ácido fólico, Vintamina B12, Flagyl e antibiótico específico ou cortisona, conforme a gravidade das crises e sessões de Remicade). Este último medicamento trouxe realmente melhorias na Qualidade de Vida de M., espaçou as crises e durante algum tempo reduziu a fistula anal, embora nunca tenha desaparecido.

Em 2005, começa a ter novamente crises abdominais cada vez mais frequentes, acompanhadas de dores intensas na fístula. Os tratamentos foram aumentados mas sem grande resultado prático. As dores provocadas pela fístula começaram a *ser insuportáveis* (sic), tendo começado a tomar analgésicos potentes, mas mesmo assim sem grande resultado.

Em Fevereiro de 2006, faz um exame do trânsito do intestino delgado e com base no resultado o médico assistente, o Dr. A. M. e o cirurgião que já o tinha operado anteriormente, propõem uma nova cirurgia. Esta intervenção cirúrgica correu bem, mas as dores provocadas pela fístula não diminuíram, a qual foi aumentando de volume formando-se um grande abcesso com cerca de dez centímetros, junto ao canal anal, pelo que *as dores eram cada vez mais forte e insuportáveis* (sic).

Após várias tentativas de colocação de drenos de vários tipos, foi decidido operar a fístula, o que veio a acontecer em Maio de 2006. Nessa mesma altura foi efectuada a drenagem do abcesso, feita a excisão das fistulas e do granuloma que existiam. Foi efectuada também uma colostomia de forma a tentar preservar a zona em causa. Os tecidos retirados foram enviados para análise e no princípio de Junho veio o resultado: “Vários fragmentos de mucosa da região com Carcinoma pavimento celular bem diferenciado invasivo”.

Após este diagnóstico de cancro, o M. reagiu com alguma frustração, referindo com ironia: *sabe que eu sou daqueles que está sempre na parcela de percentagem em que os medicamentos não têm grande sucesso...e agora só faltava mais isto (sic).*

Os resultados que levaram ao diagnóstico do cancro foram analisados pela equipa da oncologia e radioterapia do Hospital de Santa Maria (H.S.M.) e em Agosto de 2006, iniciou sessões diárias de radioterapia que duraram todo o mês e fez a primeira sessão de quimioterapia, e para isso foi-lhe colocado um cateter junto ao ombro direito.

Em Setembro fez uma ressonância magnética com o seguinte resultado: “persiste ainda com alguma expressão um espessamento da parede do canal anal na sua vertente esquerda onde se associa a adema difuso da gordura da nádega...” Repete o exame um mês depois com a seguinte conclusão: “mantendo-se uma densificação e marcado espessamento ao nível do canal anal e dos músculos elevadores do ânus, bem como da área focal de hipersinal lateralizada à direita,...embora de características e de sinal completamente sobreponíveis à do estudo anterior...”

Com base nestes resultados, foi decidido pela equipa de Oncologia retomar os ciclos de tratamento de quimioterapia. No entanto, para tal seria necessário fazerem uma nova colheita de tecidos e fazerem nova análise. Assim M. foi sujeito a uma nova intervenção em Novembro de 2006, tendo-lhe sido proposto fazer três novas sessões de quimioterapia, a primeira das quais em Dezembro.

Estas sessões consistiam em passar um dia no Hospital, seguido por cinco dias de tratamento em casa (é ligada uma pequena bomba com o medicamento ao cateter, que faz a distribuição gradual do medicamento). As reacções do M. ao tratamento foram violentas, tendo passado os primeiros dias com fortes náuseas, vómitos, dores de cabeça e mal-estar geral. Nos dias seguintes após ter retirado a bomba, a boca de M. ficava cheia de aftas, feridas e a garganta inflamada, pelo que tinha uma enorme dificuldade em falar e em comer. A primeira sessão, originou uma perda de seis quilos numa semana, sendo que vinte dias depois ao tratamento ainda

se encontrava a alimentar exclusivamente de Fortimel, Fresubim e papas lácteas líquidas. No início de Janeiro de 2007, foi necessário ser submetido a cinco aplicações diárias de suplementos endovenosos para recuperar.

Passei um Natal desgraçado, eu nem conseguia falar, foi a primeira vez na vida que não consegui passar o dia de Natal com os meus avós...sentia-me mesmo mal, fiquei completamente de rastos...foi muito pior que a sessão anterior...estava mesmo muito fraco...(sic).

A segunda sessão de quimioterapia ocorreu pouco tempo depois, em que M. foi submetido ao mesmo tipo de tratamento, mas com dose reduzida. Os efeitos colaterais, embora um pouco mais atenuados, não deixaram por isso de se *sentir fortemente* (sic). Também foi necessário fazer alguns suplementos endovenosos durante três dias. A médica que o seguiu durante este processo foi a Dra. M., a sua médica de Oncologia.

A terceira sessão que estava prevista para o início de Fevereiro, não foi efectuada devido às reacções dos anteriores tratamentos e porque não havia certeza de ser imprescindível por parte de M. – *decidi não fazer esta sessão porque achei que não ia aguentar...e acabei por me desentender com a médica, porque esta insistia que eu fizesse o tratamento* (sic). Ficaram marcadas novas ressonâncias magnéticas – pélvica e abdominal – para o fim de Março de 2007, bem como uma consulta em Oncologia para Abril. O resultado da ressonância foi o seguinte: “Estudo RM pélvico com sequências ponderadas em T1 e T2, com e sem saturação de gordura e avaliação comparativa com o último exame; não evidenciamos qualquer alteração evolutiva desfavorável relativamente aos aspectos já referenciados no estudo anterior e que traduzem essencialmente um aspecto inflamatório e fibriótico pós-radioterapia; continuamos a não evidenciar qualquer aspecto lesional recidivante”.

Em Abril, fez uma ecografia endo-rectal com o intuito de avaliar o estado do esfíncter, tendo o resultado sido: “extensa deformação da margem do ânus à direita, com alguma heterogeneidade e aparente redução da espessura da porção mais inferior do esfíncter interno, com topografia posterior e direita, que não é categórica,

podendo ser essencialmente artefactual, dadas as extensas alterações morfológicas locais. Noutras zonas, existe espessamento do esfíncter interno mas o complexo esfíncteriano do canal anal apresenta-se preservada na sua normal arquitectura em praticamente toda a sua extensão, com excepção da pequena zona mais interior, posterior direita como referido se apresenta ora espessada ora com redução de espessura. Actualmente, não se identificam processos neoformativos ou quaisquer lesões expansivas atribuíveis a actual recorrência do processo neoformativo de base. Não há trajectos fistulosos, nem colecções inflamatórias, nem adenopatias perianais”.

Com o intuito de avaliar a possibilidade de ser efectuada a intervenção cirúrgica para retirar a colostomia, são efectuadas mais duas ressonâncias magnéticas (pélvica e abdómen) em Agosto de 2007, as quais concluem: “não existem formações ganglionares, com critérios de valorização ou líquido livre supra-mesocólico; não existem formações ganglionares loco-regionais com critérios de valorização”.

M. refere ter tido sérias dificuldades ao nível do sono, durante este período: *antes de tirar o saco, não dormia nada de jeito com medo que o saco enchesse e sujasse a cama toda...ia periodicamente à casa-de-banho; depois de tirar o saco, já durmo mais ou menos, quatro, cinco horas por noite seguidas...durmo profundamente, não me lembro de nada; com o Lexotan 1,5, que é dos mais fracos acho eu, aquilo faz-me um transtorno...no outro dia de manhã pareço um zombie (sic). Diz ter deixado de tomar este ansiolítico pouco tempo depois.*

De modo a confirmar a existência do trajecto fistuloso, foi efectuada uma colonoscopia no fim de Agosto, cujo relatório refere o seguinte: “ alteração da estrutura perianal com orifício externo de aspecto regular, sem qualquer exsudação; não se observa qualquer orifício de fistula”.

Com base nos relatórios anteriores, o Dr. O. M., depois de reunir com o Dr. A. M., faz o relatório em Setembro em que por questões de prudência adia a intervenção cirúrgica. No fim de Outubro é feita uma nova observação pelo Dr. A. M. que dá a sua concordância em se efectuar a dita cirurgia, a qual foi efectuada em Novembro de 2007 no Hospital Particular de Lisboa, pelo Dr. O.M..

Actualmente o estado de saúde de M. é mais ou menos estável, continuando a ser seguido com regularidade (semestral) pelos médicos supracitados, realizando análises dos marcadores tumorais, que já apareciam quando estava a fazer o Remicade e Imuran (novo tratamento experimental de manipulação genética) – *nas análises já apareciam esses marcadores tumorais, mas eles pensavam que era do Remicade, eu agora acho que não era disso, era mesmo já o tumor, até nem sei se não foi aquilo que provocou isto tudo!* (sic)

Na Actualidade

Actualmente, o estado de saúde de M. estabilizou, apesar de ter que fazer consultas e exames de rotina regularmente.

Sinto-me bem...tirando estse inchaços momentâneos, este processo deixou marcas. Eu tenho bom feitio...mas há...foi muito tempo, vem de há muitos anos, passo para trás das costas as chatices, mas elas vão moendo, não vou buscar comparações. Porque um gajo está assim, há outros piores mas também há outros que são engraçados, saudáveis, felizes que a vida lhes corre bem (sic).

Nota-se em M. um cansaço e desgaste, após tantos tratamentos, tantas cirurgias, tantos médicos, tantos efeitos colaterais, tanta medicação:

Foram muitos anos a levar pastilhas, mas noto que às vezes tenho dias que me fecho, deprimido, com um aperto...não, não é uma depressão igual à que os outros têm...(sic).

Durante o processo do diagnóstico e tratamento do cancro, foi sugerido a M. que este tivesse apoio psicológico, mas este recusou – *sempre achei que conseguia ultrapassar as coisas, achava que era mais fisico que mental, não eram macaquinhos, era isso que eu achava, mas há alturas em que eu não consigo explicar bem, porque é que gosto de ficar no meu canto, não gosto que me incomodem* (sic).

De facto, a vivência do Crohn e do cancro parece, segundo M., ter modificado o modo como este se vê e lida com os outros nos seus vários contextos

vivenciais – *no trabalho não posso dizer que não me chateiem, porque as pessoas não têm culpa...é o problema da doença crónica, ou estou cansado porque estou a levar com ela ou estou cansado porque levei com ela...(sic).*

Expõe também que a sua Qualidade de Vida foi diminuindo em consequência da doença e de todas as exigências que esta implica. O que impressiona, à medida que M. expõe a sua história de vida, é a maneira como se hiperadapta às situações mesmo quando há desprazer e o modo como procura esconder esse sofrimento aos que o rodeiam:

Há muitos anos que eu não estou feliz, porreiro, fui limitando a minha vida por causa disto, sem criar dramas. A casa de banho mais próxima, a fístula e as dores e o Aulin para a inflamação são uma constante na vida de M..

Relata uma viagem que o marcou, pelo sonho que representa e pelo sofrimento que a pautou: *a viagem à Jugoslávia de mota e o drama de ter acabado o Aulin no regresso quando chegou a Barcelona, houve coisas que eu gostava e insistia como a mota, mas eu pergunto-me se gostei desta viagem; tive dores horríveis, porque estava sentado horas na mota...os outros nem nunca desconfiaram do meu estado (sic).*

Na última sessão verificou-se uma maior partilha emocional, assim como uma maior exposição de si e do seu sofrimento – *eu percebo que me falta um bocado de ânimo de vida, percebo que tenho de compensar e trato disso com o barco, com a mota, de vez em quando preciso de qualquer coisa que modifique, preciso de mudar qualquer coisa, preciso de uma coisa nova para ter qualquer coisa que me dê prazer nos próximos tempos...algum estímulo de gozo (sic).* M. refere ainda que a doença o faz sentir *apático*, sem vontade de fazer coisas para além do necessário, não lhe *apetecendo pensar (sic).*

A propósito de relacionamentos mais marcantes, M. diz, de forma um pouco evasiva: *há pessoas que são mais chegadas, marcantes não tive, até porque não tenho irmãos...são pessoas que me comecei a dar mais; com o tempo eu fui me isolando um bocado...enquanto dantes tinha uma necessidade quase absoluta de*

estar com pessoas, fui-me isolando, deixei de ter necessidade de estar com as pessoas (sic).

Antecedentes familiares e pessoais

Infância e Adolescência

Não tenho assim casos de felicidade suprema nem de infelicidade suprema...foi normal (sic)

M. nasceu em Torres Novas. (...) É o primeiro de uma fratria de dois, tendo uma irmã mais nova com quarenta e três anos de idade. Nos primeiros seis meses de vida esteve com a mãe e com o pai em Vendas Novas, depois o pai foi para Angola e quando este foi transferido para Luanda, M. e sua mãe seguiram-no. M. tinha três anos quando a mãe engravida, sendo que a sua irmã nasceu em Luanda.

Quando questionado sobre a sua infância, M. apresentou-se muito defensivo, dizendo: *durante a minha infância, em função da profissão do meu pai, vivi em vários locais em África (sic)*. Ao descrever este facto, M. não atribui nenhuma tónica emocional, como se estivesse a contar uma história de vida que não fosse sua. Mais ainda, acrescenta que a escola primária foi feita em diversos sítios em África – *eram mais brancos que pretos...tudo misturado!* – dizendo que se dava bem com os colegas.

Depois viemos para cá e fui para a escola no Pombalinho...não sei porquê, não sei quem estava comigo...não sei porque estava lá...ah não...se calhar o meu pai teve outra comissão e nós ficámos no Pombalinho...lembro-me da minha professora primária, A D. Maria José, não me lembro se gostava dela mas devia gostar (sic).

Este período do Ensino Primário é descrito entre alguns episódios que o M. tem mais presente e algumas lacunas em branco. Refere: *depois o meu pai teve mais uma comissão para Nova Lisboa e aí fomos todos para lá...andei aí na escola na segunda classe, não me lembro de puto...uma coisa que me ficou na tola foi o*

acidente da carrinha da escola, virou-se e eu saí, ajudei a malta toda...nunca chorei...só quando o meu pai chegou (sic).

Após este ano em Nova Lisboa, M. regressa com os pais a Portugal e vão para Tomar, o seu pai vai para o quartel e M. faz aí a terceira classe. Recorda que a casa onde viveu era próxima da escola e que *havia uma sacana de uma professora...má como as cobras que batia muito (sic)*, não tendo quaisquer recordações dos seus colegas.

No fim da terceira classe, o pai volta a ser chamado para ir para a Guiné-Bissau - *e lá fomos todos outra vez...não...a C. (irmã) ficou com os avós no Pombalinho*. Faz a quarta classe em Bissau, tendo permanecido aí durante, aproximadamente, um ano. É também nesta altura que M. faz o exame de aptidão para ingressar no Colégio Militar. A propósito de Bissau diz: *era um sítio mais ou menos divertido, porque não havia nada para fazer...mas havia o Clube Militar, com uma piscina, íamos todos para lá, havia Coca-Cola e latas de leite com chocolate...havia Bingo todos os Sábados à noite; uma vez houve um soldado que trouxe um macaco do mato...não...um chimpanzé...que fugiu e atirou-se para a piscina, foi um dia inesquecível (sic).*

Aos dez anos de idade, M. foi para o Colégio Militar (interno), onde permaneceu até aos quinze, dezasseis anos. A sua descrição sobre este período impressiona pela falta de afecto e pela importância dada à regra: *gostei, tinha um ambiente giro, mas cheio de regras, os mais novos tinham que engraxar os sapatos dos mais velhos. Às vezes acho que devia pôr as miúdas também num colégio interno, só saíam ao fim-de-semana e aí ia correr tudo bem, porque elas tinham saudade nossas e nós delas. Era uma maneira de nos dedicarmos cem por cento à vida profissional durante a semana (sic).*

Refere que era uma criança bem-comportada – *eu era sossegadinho e muito bem-comportado...nunca dei chatices aos meus pais, era um aluno sofrível...aluno de 12 (sic).*

M. refere que desde os seus cinco, seis anos era uma criança *gorducha* e que isso lhe trouxe algumas dificuldades na vivência da escola – *era gorducho e tinha alguns complexos...nem sei se a doença não apareceu por eu querer ficar mais magro* (sic). Apesar disto diz ter-se adaptado bem ao colégio militar [*não era dos que chorava baba e ranho* (sic)].

Relativamente aos relacionamentos sociais neste período da adolescência, M. refere: *tinha amigos lá dentro...havia os tios de uns amigos que não tinham filhos e adoptavam a malta toda...em alguns fins-de-semana e até numas férias grandes...íamos para a roulotte que eles tinham na Caparica...grande liberdade* (sic).

Agora que falo desta época do Colégio Militar lembro-me de uma coisa que fez alguma moossa na altura: era o filho do Patrício, que era um ministro...com o 25 de Abril o ministro é deposto e cava para o Brasil...o puto é salvaguardado no Colégio e o que me marcou foi falarem bem do meu pai (sic). Refere que isto sucedeu porque o seu pai fez parte do movimento da Revolução do 25 de Abril.

Dadas as várias mudanças de escola que marcaram a sua infância e adolescência, M. parece encará-las com uma naturalidade invulgar – *com todas as mudanças, lá tinha de mudar de amigos, mas isso não me causava nenhum transtorno especial...já estava habituado* (sic).

M. esteve no Colégio Militar até ao quinto ano do liceu, tendo ido *a posteriori* para o Liceu de Oeiras: *nessa altura, já me dava com pessoas da minha zona e por isso já conhecia pessoal do liceu* (sic). A vontade e iniciativa de mudar foi do M., sendo que este descreve que isto lhe trouxe alguma responsabilidade e *deslumbramento*.

Quanto ao período em que estudou no Liceu de Oeiras, M. refere ter passado algumas dificuldades na relação com os outros, devido a questões políticas – *no liceu passei as passas do Algarve, para uns era comunista, para outros era fascista...tinha a sede do PCP ao pé de casa, que me chamavam fascista e os do MIRN à porta do liceu chamavam-me comunista* (sic).

Recorda o afastamento do pai em 1975, 1976, *Verão Quente*, descrevendo este período com alguma ansiedade – *o meu pai quase não estava em casa, dormia duas vezes por semana, mas nem sempre na mesma divisão da casa...era um desassossego...tinha segurança, andava sempre armado, eu tinha uma arma na mesa de cabeceira...as coisas era um bocado estranhas para um miúdo de 15 anos...digo eu; lembro-me de entrarem em minha casa, entraram pelas traseiras, forçaram a janela da varanda e foram à procura do meu pai...não estava lá, a minha mãe entrou em parafuso...eu armei-me em cowboy e fui buscar a arma que estava descarregada...o meu pai quis que saíssemos rapidamente do continente e fomos para a Madeira, onde ficámos num palácio de um representante do Estado e eu fiquei no quarto da filha do Américo Tomás, quando cavaram...(sic)*

Efectivamente, a adolescência de M. foi conturbada, não só devido às sucessivas mudanças, como também pela instabilidade política, dada a posição do seu pai: *tínhamos passaportes e vistos holandeses para todos...cada um de nós tinha a mala feita para o caso de termos de fugir; havia um problema latente que se sentia...só mais tarde percebi realmente o que era...(sic).*

Quando o M. tinha dezasseis anos, o seu pai sai da política e retoma a actividade militar, como comandante no Quartel de Vendas Novas. Entretanto M., a sua mãe e a sua irmã vão para a casa dos seus avós paternos e durante essas férias de Verão *iam dia sim dia não para Mira D'Aire para a minha irmã receber os tratamentos (sic)*

Nesta altura, por volta dos dezassete anos de idade, vai viver então com os avós paternos para o Ribatejo e frequentou o liceu de Santarém. Esta mudança sucede porque a mãe foi para o Norte do país com a sua irmã: *foi nessa altura que eu soube, que a minha mãe iria com a minha irmã para o Norte, durante uns tempo...meteu-se-lhe na cabeça que uma fulana lá de cima, através de métodos não convencionais, poderia tratar a minha irmã...uma estupidez...enfim...! E eu ou ficava com o meu pai em Torres Novas e tinha que ir para o Liceu em Montemor que ficava muito longe, ou então ia para casa dos meus avós no Pombalinho e ia para o Liceu de Santarém, o que eu preferi logo, gosto muito dos velhotes (sic).*

Foi nesta altura que recebi a primeira mota que era o meu encanto, novos amigos, novas pessoas...esse foi um ano muito conturbado, mas tive que sair do liceu de Oeiras onde já estava integrado...a minha mãe foi para um lado, o meu pai para outro e eu também para outro (sic).

Ainda em relação à sua adolescência, M. descreve alguns sentimentos de deslocação, insegurança e falta de identificação com os que o rodeavam, dizendo: *houve um período mais chato, porque os adolescentes são um bocado estranhos, eu nunca fui um gajo...acho eu...é que eu era filho de um gajo importante...houve uma fase chata, era posto um bocado à parte porque não fazia parte do comum normal e isso incomodava...(sic).*

Como já foi referido na História Clínica é neste período da sua vida que surgem os primeiros sintomas da Doença Crohn, sendo que o M. refere que o primeiro sintoma terá sido no momento em que o pai lhe diz que a sua mãe e a sua irmã iriam viajar e que ele teria que decidir com quem queria ficar. É também neste período que a aldeia onde se encontrava a viver sofreu grandes cheias e o M. foi para o quartel Cavalaria de Santarém. Relativamente a esta mudança M. diz o seguinte: *O meu pai arranhou lá um quarto na messe dos oficiais, era um quarto só para mim; aquilo tinha bom ambiente...eu também já estava habituado àquilo; lembra-se que eu estive com o meu pai em África e já tinha andado num Colégio Militar (sic).*

Embora refira que o Quartel tinha bom ambiente, após alguns meses, M. foi convidado por um amigo, a arrendar um quarto em casa dele, e M. aceitou de imediato – *Aquilo foi inacreditável, veja lá que o meu colega tinha uma irmã, a miúda era porreira e não tinha culpa nenhuma daquilo, mas os pais dela praticamente atiravam a miúda para debaixo de mim; era assim...eu entrava em casa e eles saíam...já viu...ao contrário do que todos os outros pais faziam, eles saíam para nós ficarmos mais à vontade...Sabe...naquela altura o meu pai era ministro, só podia ser por causa disso (sic).* Segundo M., não houve nenhum relacionamento íntimo com esta rapariga.

Neste período, M. vinha *alguns fins-de-semana a Lisboa, e foi numa dessas alturas que um vizinho meu lá de Miraflares, cujo pai era médico, mas deixou de*

exercer porque teve uma trombose, que é o Dr. D. F., que me falou do Crohn pela primeira vez (sic).

M. teve que repetir algumas cadeiras do 7º ano do antigo liceu, por ter decidido ir para um novo curso que surgiu na altura que era Gestão de Empresas. Fez o 12º ano no Liceu de Algés e depois ingressou na universidade – *eu queria ir para essa área, estava a aparecer e depois com os numerus clausus e para não haver hipótese de ficar de fora inscrevi-me no ISLA que as aulas eram à noite e podia fazer algo de dia (sic).* Nesta altura trabalhou numa imobiliária.

É nesta altura que conhece a T., descrita como alguém muito significativa para M.: *só houve uma pessoa, a T., uma namorada...foi especial mas depois acabámos...ela acabou comigo e começou a curtir com um amigo meu...sabe, eu normalmente era mais bem-visto pelas mães delas do que por elas...(sic).*

Diz que após este relacionamento teve algumas relações superficiais, uma das quais com a irmã de um outro amigo seu [*aí foi ela que passou o que eu já tinha passado, quando a T. acabou comigo (sic)*].

É também na universidade que conhece a mulher, a G., que também frequentava o mesmo curso – *ela andava com um tipo mas depois eu fiz parte da Comissão de Organização para uma festa e ela aproximou-se (sic).* Casaram depois de terem terminado o curso – *foi muito estranho...acredita que a minha sogra só conheceu a minha família no dia do nosso casamento...ela nunca saía de casa...dizia que era muito doente (sic).*

A relação com G. atravessou vários *período de crise (sic)*, tendo sido já posta a hipótese de separação – *com as obsessões dela, eu nunca consigo fazer aquilo que quero...nem no barco consigo estar à vontade...não podemos almoçar no barco porque suja, não podemos tomar banho no barco porque fica tudo desarrumado...e o que eu mais queria era gozar o barco com os meus amigos, como vejo os outros fazerem...(sic).*

Tem três filhas, com 16, 14 e 11 anos de idade. Quando questionado sobre a sua relação com as mesmas, M. diz que se sente pouco companheiro das filhas não dedicando muita atenção a estas – *tenho mágoa de não ser um companheiro para as minhas filhas...mas eu só não quero é que me macem...gosto de ficar sossegado no meu canto, não me peçam para ir levar e buscar...tenho pena de não participar mais nas actividades delas, mas sinto-me sem energia para isso* (sic). Todavia, M. refere que sempre que as suas filhas necessitam de algo é a ele que recorrem.

O pai

A relação com o pai é marcada por alguma ausência devido à sua profissão. No entanto, M. parece ter uma representação positiva do seu pai. O M. descrevo o pai como uma pessoa muito recta, muito profissional...

Lembro-me de um Carnaval lá em Bissau...o meu pai era sisudo e muito fechado, não muito companheiro, mas aí estava com boa disposição e saiu de casa mascarado; eu imaginar o meu pai fazer estas coisas...não era normal...(sic).

A mãe

Tendo sido solicitado algumas vezes que falasse um pouco de sua mãe e da relação que tinha com ela, M. referiu sempre: *não me lembro...* (sic).

A irmã

Quando questionado sobre a sua relação com a C., M. descreve-a como se tivesse pena dela, referindo que a sua relação não é tão próxima porque a sua mulher não permite. Acrescenta ainda que é uma preocupação sua, desde muito novo, o ter que vir a cuidar da sua irmã quando os seus pais já não puderem.

A existência da minha irmã e ela ser como é faz moça em todos...talvez eu fosse mais responsável que os outros por causa da minha irmã; além disso, os meus pais projectam só em mim o que podiam fazer em dois, mas não era possível por causa da deficiência da minha irmã (sic).

Diz que não se recorda do nascimento da sua irmã, mas refere que *desde muito miúdo, que ficava com ela...era responsável, não me metia em encrencas* (sic).

Quando esta tinha um ano, começou a entender-se que esta se *alheava um bocado* e ao final de dois anos perceberam que *ela não era surda, mas que tinha um problema* (sic). A relação com a irmã começou a ser mais próxima quando M. termina o liceu e regressa a Lisboa para tirar o curso de Gestão.

História profissional

Depois de terminar o seu curso de gestão de empresas, M. começa a trabalhar numa fábrica de um tio, em Vendas Novas, desempenhando as funções de director adjunto.

Quando trabalhei na fábrica ainda era solteiro, fui morar para Vendas Novas, porque a fábrica era lá...a casa era fria, desabitada e eu vinha a Lisboa nos fins de semana (sic).

Passado um ano e meio, M. começa a trabalhar numa Seguradora, onde permaneceu cerca de três anos, tendo sido convidado *a posteriori*, para iniciar um projecto noutra empresa de Seguros, o qual aceitou prontamente – *fui à entrevista e gostei da ideia do projecto, por isso aceitei logo...* (sic). Desempenhou funções nesta empresa de 1988 a 1992.

Em 1992, vai trabalhar para um banco, sendo que refere que, embora gostasse do trabalho em si, *não suportava o seu chefe directo* (sic). Diz que normalmente evitava o conflito com este seu chefe, para *não haver chatice* – *sabe como é...é melhor um gajo não se chatear...um gajo não pode estar a fazer cenas daquelas, em que toda a gente está a ouvir...eu realmente ficava danado...mas nem lhe respondia* (sic). Após dois anos, e em consequência desta má relação, M. acaba por se despedir do banco, tendo estado desempregado cerca de quatro meses.

Em 1995, volta a trabalhar numa nova seguradora, tendo liderado um projecto que descreve como estimulante; trabalhou nesta seguradora aproximadamente cinco anos. Em 2001, em consequência da compra dessa seguradora foi convidado para um novo projecto, também na área dos Seguros.

Desde 2004, M. exerce a função de Director Geral na empresa de Seguros onde havia trabalhado no período de 1988 a 1992 – *sabe...eu na verdade quando estava nos outros sítios, e em alguns deles até gostei do trabalho que fazia, estava sempre a comparar o bom ambiente que já tinha tido na empresa onde trabalhei e trabalho agora...(sic).*

Quando questionado sobre os relacionamentos com os colegas, M. diz que se dá bem com todos, mas que gosta de trabalhar sozinho...*dou-me bem com toda a gente mas nem sempre me apetece conversar (sic).*

Relação com os médicos

O Dr. C. S. – o fabuloso

O Dr. C. S. foi o primeiro especialista de Gastrenterologia do M., tendo-o seguido durante os primeiros anos após o diagnóstico da Doença de Crohn. Todo o seu discurso sobre este médico revela uma representação extremamente positiva deste médico - *o meu primeiro médico de Gastro, que apareceu a seguir aos de Clínica Geral que diziam que o que eu tinha eram nervos, foi o Dr. C.S., fabuloso, tipo a Dra. M. de Oncologia. (sic).*

Acrescenta ainda que este médico se preocupava muito com ele – *ele ia ver-me à Cruz Vermelha, interessava-se e falava comigo...não levava dinheiro pelas consultas e eu avisei que ia mudar de médico por causa disso e mudei mesmo (...) a pessoa começa a inibir-se de lá ir...já não tinha grande lata para ir lá...ele era amigo de um amigo do meu pai (sic).*

Diz não recordar-se de muito mais, mas que sempre gostou muito dele – *sempre me senti bem acompanhado por ele...ele estava sempre disponível para o que eu precisasse... (sic).*

O Dr. O. M. – o sempre presente

O Dr. O.M. foi o médico cirurgião que o seguiu desde o diagnóstico de Crohn e que o operou várias vezes, inclusive após o diagnóstico de cancro, sendo que o acompanha há vários anos.

É um médico que está sempre presente, vinte e quatro horas por dia, espectacular, falava com as pessoas como pessoas não como doentes, põe-se na nossa posição (sic) Acrescenta que este médico ia sempre vê-lo, duas vezes por dia, incluindo Sábados e Domingos; mesmo quando estava fora no fim-de-semana, enviava um colega para vê-lo e no regresso de Domingo voltava a vê-lo.

Para além disso, diz que mesmo apesar da idade e de se ter reformado, continua a dar-lhe um *apoio enormíssimo - tem sessenta e sete anos, está reformado...deu-me o número de telemóvel e atende, aliás quando eu estou um bocado à rasca é para ele que eu ligo. (sic)*

Refere que ia sucedendo com este o mesmo que com o Dr. C.S., no que diz respeito à cobrança das consultas – *não é nenhum careiro, também a ele cheguei a dizer...ou ele metia o dinheiro das consulta no valor das cirurgias ou eu pagava essas consultas à parte, disse que se não fosse assim, nunca mais lá ia...continua a levar pouco (sic).*

O Dr. A.M. – o sempre ocupado

O Dr. A. M é o especialista de Gastrenterologia que substitui o Dr. C.S. e que o segue há cerca de dez anos. Descreve-o da seguinte forma: *um professor especialista sempre muito ocupado, que está muitas vezes fora nos congressos. Deu-me o número de telemóvel mas nunca atende (sic).*

Efectivamente, M. parece ter uma representação menos positiva deste médico - *é mais novo, é mais profissional do que a parte humana, acho que é um gajo muito conceituado, não é como o outro (Dr. O.M.)...depois de eu ser operado, talvez ele falasse com o O.M., mas para mim puto..nem me telefonava, ele não cria simpatia (sic).*

Dado a relação pouco empática que existe com este médico, M. não descreve muito mais detalhes e características que pautam esta relação – *só quando os meus tratamentos não dão é que eu vou lá...olhe com este não me inibo...o gajo leva-me dezoito contos por consulta e está comigo muito pouco tempo (sic).*

A Dra M – a amorosa.

A Dra. M. era a sua médica oncologista, a que lhe prescrevia as doses dos tratamentos. Seguiu o M. desde o seu diagnóstico de cancro colorectal até esta se ter mudado para a Covilhã - *de Oncologia tinha a M....até me dava festinhas!!...Conversava imenso comigo e era muito carinhosa (sic).*

Esta médica é sentida por M. como muito disponível, sensível e meiga, não descurando o seu profissionalismo: *ela era calhada para aquilo, tratava as pessoas com carinho, como as pessoas estão fragilizadas...era uma mãezinha que sabia o que estava a fazer. Era uma pessoa diferente, falava de uma maneira... naquelas alturas valia muito...a pessoa está tão para baixo que faz um grande jeito. Fiquei a admirá-la, falava dos problemas dela também, criava empatia...isto são coisas que criam empatia...também falava das desgraças dela...um dia vou-lhe telefonar.*

Ela transferiu-se para um hospital no interior do país porque se sentia muito cansada, cheia de stress e precisava de uma vida mais calma, pois o seu marido tinha Alzheimer...ela achou que a melhor solução para ter uma boa qualidade de vida seria ir trabalhar para um sítio mais tranquilo, ficando com mais tempo para tratar do seu marido (sic)

É com alguma tristeza que M. descreve a ida da Dra. M. para o interior, revelando também um grande empatia com a sua necessidade de tranquilidade - *fiquei com pena de ela não me poder acompanhar, durante todo o processo de tratamentos...mas entendi perfeitamente as suas necessidades (sic)*

M. refere que do Hospital de Santa Maria se lembra essencialmente o desconforto que lhe causava o tempo de espera - *só tem um problema, quatro a cinco horas à espera, é inacreditável...um gajo ali porque precisa deles...todos torcidos como os carneiros que vão para abate; eu depois perguntava se não me podiam dizer uma hora mais ou menos para eu estar lá, mas os médicos diziam: desculpe lá mas o que quer que eu faça?... a grande vantagem dela era que ela era espectacular! A outra, a que me seguiu depois da Dra.M....eu estava horas à espera, ela via as análises e depois vinha-me embora. Quando questionado sobre os tempos de espera*

em relação À Dra. M., M. diz: *sim ... também estava à espera sensivelmente o mesmo tempo...mas era diferente* (sic).

8.2. Análise da História Clínica, Familiar e Pessoal

A infância e adolescência de M. são marcadas pela intensa instabilidade, pela funcionalidade e pela falta de afecto. Entre uma mãe que não lembra, o que antevê o vazio emocional desta relação, e um pai *demasiado sério* e quase sempre ausente, M. foi crescendo sem uma base segura, sem um ponto de apoio, sem um continente ou como refere Coimbra de Matos, sem um *útero mental*, *o funcionamento alfa da mãe, capaz de responder dando sentido/significado às angústias e aos afectos* (2003, p.160). Para além disso, o autismo da irmã de M. reforça e faz-nos pensar na presença de uma mãe *abandonante*.

Também o modo como M. descreve as pessoas e as relações que foram existindo ao longo da sua vida, parece ser muito caracterizado pela indiferenciação e ausência de especificidade – (...) *fui para a escola no Pombalinho...não sei porquê, não sei quem estava comigo (...) lembro-me da minha professora primária, a D. Maria José, não me lembro se gostava dela, mas devia gostar* (sic). Como Coimbra de Matos refere, *não se desenvolve, então, uma relação de intimidade fina e discriminante (diacrítica), mas grosseira e indiferenciada (protopática), monótona e desinteressante, feita à custa de um esforço adaptativo* (Matos, 1999, p.9).

Embora o pai seja descrito pelo M. como disponível, é valorizado através de um afecto de circunstância (*o meu pai sempre foi muito trabalhador e uma pessoa muito recta*). Há uma valorização do agir e da adaptação, característico da *patologia da adaptação* de Sami-Ali. Para além disso, são várias as situações descritas por M. que demonstram um pai pouco presente, pouco interessado e que não terá investido afectivamente no mesmo. Os seus avós paternos parecem ter tido um papel significativo, pelo menos, durante parte da sua adolescência, e poderão ter tido um efeito *amortecedor* da falha empática com os seus primeiros cuidadores.

Para além disso, o facto de ter uma irmã portadora de uma patologia, faz com que esta passe a ser um maior alvo de atenção dos seus pais, principalmente, da sua mãe, sendo que a isto acresce o facto de M. sentir que carrega o fardo de ser o filho perfeito, bem comportado, bem sucedido, o que o empurrou para uma autonomia, mas acima de tudo para o isolamento e uma hiperadaptação ao convencional e desejável, não recebendo o investimento afectivo que permitisse a construção do seu *aparelho emocional*.

Tudo isto leva a que este estivesse *privado de um investimento libidinal materno*, o que pode ter causado uma *falência ao nível do seu aparelho psíquico capaz de conhecer, reconhecer e elaborar as dimensões emocional, fantasmática e criativa – estamos, assim, em presença de lacunas de mentalização, as quais condicionam toda a edificação de uma identidade estável e bem delimitada por um envelope psíquico, e também de um mundo interior rico e com vitalidade(...)* (Matos, 2003, p.241)

Pode assim falar-se numa falha narcísica básica, que, de certa forma, dificultou a M. a tarefa da aprendizagem dos seus próprios sentimentos, assim como o seu próprio reconhecimento, ficando assim numa situação de impasse emocional (Coimbra de Matos, 2003), o que acaba por se reflectir no seu discurso alexítimico.

Parece haver uma certa depressividade em M., na medida em que, ao longo do seu discurso, há a descrição de um estado de apatia, de uma tristeza não reactiva – *choro sozinho e não sei porquê...não estou bem em lado nenhum* (sic). Nesta sequência identificamos também um certo desinteresse face a si mesmo, e alguma inibição fóbica, característica da depressividade, e que parece estar presente em M. quando este se isola e demonstra ansiedade nas relações com pessoas novas assim como em outras actividades lúdicas, não procurando realizar *coisas* que lhe dêem prazer para além do trabalho. Mais ainda se observa, que quando M. identifica algo que realmente gosta, como é o caso do barco, facilmente desiste sob a influência da mulher. Constata-se assim uma certa retirada libidinal que caracteriza o funcionamento psicossomático.

M. apresenta assim um humor triste, mas sem haver verdadeira consciência dessa tristeza, alguma irritabilidade (contida) e uma baixa auto-estima, visível pela sua postura de querer passar despercebido e por agir acima de tudo em função dos outros e não em função de si mesmo - *foram muitos anos a levar pastilhas, mas noto que às vezes tenho dias que me fecho, deprimido, com um aperto...não, não é uma depressão igual às que os outros têm (sic).*

Existe assim um desânimo e um desinteresse por si que o leva a não investir e a não procurar relações e actividades que lhe dêem prazer – *eu percebo que me falta um bocado de ânimo de vida (...) preciso de mudar qualquer coisa, preciso de uma coisa nova para ter qualquer coisa que me dê prazer nos próximos tempos... algum estímulo de gozo (sic).*

Observa-se assim um isolamento gradual por parte de M., revelador e sintoma claro da sua depressividade e comportamentos de maior inibição trazidos pela exigência da doença, mas também resultado de uma rede social e familiar que parece caracterizar-se por um certo vazio emocional e pela funcionalidade, chegando até, sob a forma de um acto falhado, a esquecer-se da (presença) da sua irmã na sua vida – *há pessoas que são mais chegadas, marcantes não tive, até porque não tenho irmãos (...) com o tempo eu fui-me isolando um bocado... (sic).*

Mais ainda, a *falha empática* que parece ter havido do objecto de vinculação levou a uma *depressão falhada* – *uma depressão não organizada mentalmente, uma depressão «sem depressão» ou depressão sem objecto* (Matos, 2003, p.33). Não há assim da parte de M. uma mentalização e consciencialização da sua falta de amor, o que, em última instância se repercute *no organismo biológico como hipotonia geral e perturbações da regulação neurovegetativa, endócrina e imunitária* (Matos, 2003, p.35).

Para além disso, não há descrição de depressão manifesta ao longo dos acontecimentos de vida que pautaram a sua história, observando-se que muitos desses acontecimentos representavam um esforço e sacrifício, mas sem haver verdadeira consciência do sofrimento associado a esse esforço, não é uma verdadeira energia é antes *uma energia de esforço* (Matos, 1999, p. 10).

É também relevante como M. conta a sua história de vida como se contasse a história de uma outra pessoa distante de si, e isso é particularmente visível no seu discurso em que, muitas vezes, ao invés de utilizar o pronome “eu”, usa palavras como “um gajo”, ou as “as pessoas”. Isto pode remeter-nos, de igual modo, para a existência de uma identidade pouco coesa, como se não houvesse um reconhecimento de um *si*, com se os eventos que relata fossem distantes e não houvesse um verdadeiro sentimento de vivência dos mesmos.

Evidencia um tipo de funcionamento caracterizado pela passividade, pelo conformismo, sendo que, embora muitas vezes, se sinta cansado e até zangado com os outros (mulher, colegas, médicos), o que predomina é uma certa aceitação estóica de tudo o que o rodeia e lhe acontece, seja a nível da doença, seja a nível de acontecimentos de vida e relações.

Podemos dizer assim que há uma *raiva amordaçada*, em que o que predomina é o evitamento do conflito e a não expressão da zanga, visível nas várias relações, profissionais, familiares e amorosas que M. foi tendo ao longo da sua vida. Relativamente aos seus pais, mesmo sendo uma verdadeira *bola de ping pong* que andava de uma casa para outra e de uma escola para outra, nunca contestou qualquer decisão, nem nunca parece ter mostrado desagrado, mostrando acima de tudo, aceitação e adaptação face a mudanças que tantas vezes o insatisfiziam e lhe traziam dificuldades. Face a patrões ou colegas de trabalho cuja relação era difícil e conflituosa, M. optou sempre por se retirar e voltar as costas a quem lhe provocava irritabilidade [*sabe como é...é melhor um gajo não se chatear...um gajo não pode estar a fazer cenas daquelas, em que toda a gente está a ouvir...eu realmente ficava danado...mas nem lhe respondia* (sic)]. No seu primeiro namoro significativo, sendo que M. descreve esta namorada com a única figura marcante da sua vida, M. descreve o abandono e a *traição*, de forma mecânica, sem nenhuma zanga nem dirigida ao seu objecto de amor nem dirigida ao seu *amigo*. Também face à mulher, que constantemente boicota com a sua possibilidade de ter prazer em actividades lúdicas que aprecia, M. cede e opta por abdicar do seu prazer, em prol da ausência de conflito.

Face a tudo o que já foi referido, no seguimento deste registo de colagem ao real e hiperadaptação pode afirmar-se que M. terá pouca *inteligência emocional*, sendo que não desenvolveu os recursos cognitivo-emocionais que lhe permitem estar em relação com os outros investindo e sendo investido. M. não parece estar assim na posse da *chave para tomar boas decisões pessoais (...) ouvir os sentimentos* (Goleman, 1997, s.p.).

Observa-se em M. uma insegurança a nível relacional e uma certa dependência que parece estar camuflada pelo apego aos valores e convicções prevaletentes no contexto em que se move. A dependência é visível por exemplo na relação com a mulher, em que embora seja uma relação que o faça abdicar do seu próprio desejo, este adapta-se e não concebe a ideia de *arriscar* estar noutra contexto relacional. Esta insegurança também se revela numa certa hipervigilância e possível ideação paranóide em relação à sua realidade circundante e às pessoas com as quais estabelece relação no sentido de um apego mas também do controlo da realidade externa. Isto poderá ser visível por exemplo, na forma como descreve o modo como se terá sentido *perseguido* devido a questões políticas e à profissão do pai – *no liceu passei as passas do Algarve, para uns era comunista, para outros era fascista...tinha a sede do PCP ao pé de casa, que me chamavam fascista e os do MIRN à porta do Liceu chamavam-me comunista (sic)*.

A temporalidade subjectiva de M. é pautada pela alteridade entre extrema precisão e imprecisão ao longo do seu discurso, marcada por uma distância temporal regida pelo afecto e pelo desejo. (...) *Ao contrário, o tempo da consciência vigil e do conflito imutável tende para a imobilidade. Esse tempo que não é mais um tempo para si, mas que é apropriado como familiar, e o do trabalho e das exigências vindas de fora como ordens ou regras destinadas a preencher o espaço* (Pedro, Soubigou, Balanda, 1997, p.321).

Assim, existem determinados períodos da vida do M., dos quais este se recorda muita claramente e as noções temporais parecem estar definidas, sendo que esses períodos, estão fundamentalmente ligados ou à sua vida profissional ou à história da doença. Por outro lado, eventos mais relacionais parecem traduzir a

dificuldade de M. em atribuir emocionalidade aos seus acontecimentos de vida e em descrever a sua vida relacional.

No que diz respeito ao percurso da doença, observa-se em alguns episódios da sua vida uma associação entre as recidivas da Doença de Crohn e a existência de eventos que possamos considerar *stressores* ou acontecimentos marcados por uma emocionalidade intensa – por exemplo, M. descreve que quando tem um compromisso diferente a nível profissional, fica com sintomas como cólicas, náuseas, diarreias, etc. Para além disso, os primeiros sintomas de Crohn terão ocorrido quando a sua mãe vai com a sua irmã para o Norte e este tem que decidir se quer ir com o pai ou ficar com os avós.

Para além disso, se por um lado, temos uma personalidade com características que parecem representar uma vulnerabilidade psicossomática e condicionar o desenrolar da Doença de Crohn e do cancro colo-rectal, por outro as características das próprias doenças, os sucessivos tratamentos violentos e que minam a qualidade de vida de M., assim como os efeitos que este tipo de doença tem nas relações sociais e nas relações mais íntimas, contribuem também para o desânimo e baixa auto-estima que marca o M. na actualidade e que insufla a depressividade já existente.

Todavia, tanto o diagnóstico de cancro como o de Crohn, embora tenham tido um impacto emocional em M., parecem ter sido recebidos de forma asséptica, como se não houvesse espaço no seu aparelho emocional, para sentir o medo e as angústias que habitualmente existem neste tipo de situações. Estes diagnósticos foram vividos com tristeza mas também com uma excessiva aceitação e para além disso, a doença vem alterar expectativas face a um futuro que já estaria marcado por uma ausência de projectos e de sonhos – *eu tenho bom feitio(...) passo para trás das costas as chatices* (sic).

As relações de M., parecem ser acima de tudo *relações brancas*, pois parecem resultar de uma não opção, de afectos circunstanciais, coartando completamente a sua capacidade de mentalização, levando-o a adaptar-se a um funcionamento regido pela regra social e por uma retirada libidinal. Esta retirada

libidinal e as relações desafectivadas em alguns períodos da sua vida, reflectem e justificam as lacunas na descrição da sua história de vida.

O que predomina em M. é o registo do evitamento do conflito, o que corrobora a presença de uma raiva amordaçada no mesmo. Denota-se assim um registo rígido em que o M. se rege acima de tudo pela realidade externa, havendo uma predominância do factual no modo de organização da relação de objecto marcada pelo distanciamento e o afecto de circunstância. Há assim *um pensamento operativo*, em que a ausência de ressonância fantasmática na história de vida que nos descreve, mostra o vazio emocional que a caracteriza, mas também uma inibição ao nível da função do imaginário, em que o caminho para a construção de uma história, dando-lhe cor, afecto e movimento está vedado.

O facto de mudar tantas vezes de casa e de escola parece criar em M. um certo sentimento de não pertença, que perpassa toda a sua história familiar. A instabilidade e mudança constante de cuidadores e contextos (escola, casa, região, país, etc) que marcou grande parte da sua infância e adolescência podem ter privado M. da constância necessária para a construção de uma base securizante suficientemente sólida para que este se construísse enquanto indivíduo. Dificilmente, M. terá tido a noção de lar, de um local onde se sentisse acolhido e suficientemente seguro. O modo com reage às mudanças que se sucederam na sua vida, é desde cedo pautado pelo conformismo e aceitação *sem protesto – com todas as mudanças, lá tinha de mudar de amigos, mas isso não me causava transtorno nenhum...já estava habituado* (sic).

Parece estar presente em toda a história de M. uma hiperadaptação às exigências do meio familiar, profissional e social e, por conseguinte, uma anulação daquilo que é enquanto subjectividade o que é característico da patologia de adaptação descrita por Sami-Ali – *nenhuma simulação, nenhuma dissimulação: as exigências familiares, interiorizadas, vêm simplesmente ocupar o lugar de uma subjectividade que se retrai (...) o sujeito não é um termo distinto de uma relação, ele adere às exigências que o forçam, mas que lhe permitem existir* (Sami-Ali, 2002, p.22). Deste modo há um registo de ajustamento face aos acontecimentos de vida

(mudança para casa dos avós paternos, várias mudanças de escola, diagnóstico de Crohn, diagnóstico de cancro) que coexiste como um imperativo superegóico.

M. descreve de forma muito mais detalhada, minuciosa e temporalmente precisa a sua história clínica em comparação com a sua história pessoal, o que não só põe a nu as dificuldades de mentalização trazidas pelo desafecto das relações como reflecte o facto de ser mais fácil para ele *ler* a dor física do que a dor emocional. Contudo não podemos olvidar que esta descrição mais detalhada é fruto do impacto trazidos pelo grande número de tratamentos ao qual foi sujeito.

Verifica-se a presença de alexitmia em todo o seu discurso, sendo que este prima pela objectividade, pela racionalidade, pela pobreza de adjectivos associados a um *sentir* assim como se observa em M. uma certa falta de percepção/consciência do seu sofrimento e insatisfação, não o entendendo como estado afectivo nem os associando a acontecimentos de vida específicos (não integração afectiva-cognitiva).

8.2.1 *Análise da relação com os médicos*

Em relação aos médicos que M. descreve como mais frios e abandonantes, há uma não contestação e uma aceitação calada e incondicional de tudo o que estes sugerem, recomendam ou prescrevem, sendo que o único momento em que questionou e não aceitou o que foi indicado pelo médico, foi na altura em que se recusou a realizar uma terceira sessão de quimioterapia.

Na descrição que faz dos médicos que o acompanharam e da relação que foi estabelecendo com eles, observa-se alguma superficialidade afectiva na medida em que, M. consegue identificar e destrinçar o *bom* e o *mau* médico, o *disponível* e o *indisponível*, mas não parece conseguir acrescentar muito mais em termos emocionais em relação ao que o faz gostar ou não de cada um deles, atribuindo especificidades a estes.

O que faz M. ter uma representação positiva dos seus médicos é a sua *qualidade humana*. Aquilo que o faz gostar mais ou menos de um médico é muito mais que a competência, é o interesse e a disponibilidade que estes têm para com ele.

<p>5 – Duas pessoas a agarrarem em qualquer coisa, mas não sei o que é. Duas pessoas a transportarem qualquer coisa. 29”</p>		G K H Ban
<p>IV 12” 6 – Isto parece um daqueles monstros dos desenhos animados, que as minhas filhas vêm, japoneses tipo Pókemon. 22”</p>	<p>Sabe aqueles desenhos animados, não sabe? (pega e roda a prancha) Umhas grandes patas, cabeça, braços, o corpo do gajo e cauda aqui atrás...</p>	G F+ Monstro
<p>V 9” 7 – Parece um morcego. 15”</p>	<p>(bate várias vezes com os dedos na mesa) Não me lembro de mais nada...</p>	G F+ A Ban
<p>VI 14” 8- Parece uma pele de um animal, assim espalmada para secar. 28”</p>	<p>Poça...o que isto me faz lembrar Não me pergunte qual o animal que eu não faço ideia... Isto é tudo muito parecido..pá..</p>	G F+ A Ban
<p>VII 4” 9- Aqui parecem umas caras com uma poupa. 10 – Aqui parece um desenho de um gato com o rabo para cima. 11 – Um parece um gato mas o outro parece um coelho a correr. 12 – Parece um mapa de Portugal e da Península Ibérica, mas em baixo já está destorcido. A África. 1’32”</p>	<p>Oh..não..esta agora é que me lixou completamente...néspias... não me diz coisa nenhuma.... (D superior) (agarra o cartão e faz uma grande pausa) (D superior) O desenho no todo não consigo identificar (outro grande silêncio intra-relato) (D central e inferior)</p>	<p>D F+ Hd Dd F- Fgt Dd Kan- A D F- Geo</p>

<p style="text-align: center;">VIII</p> <p>10” 13 – Isto aqui parecem dois animais, dois quadrúpedes, duas doninhas 19”</p>	<p>O resto não (bate os dedos, abana a cabeça)...só consigo visualizar alguma coisa neste dois. (D rosa lateral)</p>	<p>D F+ A Ban</p>
<p style="text-align: center;">IX</p> <p>40”</p>	<p>(Abana a cabeça) Zero. Não vejo nada. (volta a abanar a cabeça)</p>	<p>recusa</p>
<p style="text-align: center;">X</p> <p>11” 14 – Olhe, isto parecem dois caranguejos. 15 – Tudo coisas do mar. 16 – Isto embora não sejam as Cores, parecem dois cavalos marinhos, voltados para si. 17 – Estes são animais, parecem plantas, mas são esquisitíssimos, corais. 18 – Isto parece um lavagante- 19 – O resto não me faz lembrar nada (... são algas...não...podem ser algas... 2’00”</p>	<p>Este são manchados...pá... (D cinzento inferior) São estes feitios, fazem lembrar o mar. (D verde inferior) Tudo isto fazem lembrar coisas do mar. (D azul superior) Isto é tudo muito bicharada. (D cinzento central superior) (D rosa) Nestas manchas todas, a pessoa procura identificar mais são animais, já viu?</p>	<p>D F+ A Ban G F+/- Nat D F+ A D F+/-A Nat. D F+ A D F+ Nat.</p>

Prova das Escolhas

Escolha + - Pranchas V e X

Escolha – - Pranchas IV e VI

8.3.2. *Psicograma*

R - 19	G - 6 G%=32	F+ = 12
Recusa - 1	D - 11 D%=58	Σ F= F± = 2
	Dd - 2 Dd%=10	F- = 3
Tempo total - 7'55'	Dbl - 0	
Tempo/ resp - 22'65	K/Kp/Kan/Kob - 2	
Tempo latência med. - 12"		
		FC- 0 FE-0
		CF- 0 EF-0
A - 11		
H - 2		
Hd -1	F%= 90	H%= 3/19= 16%
Nat- 3	F% alargado =100	A%= 11/19=58%
Geo 1	F+% = 77	F+% alargado = 74
Monstro-1		
Ban- 6		
Tipo de Ressonância Intima - T.R.I. - 1K/0C		
RC%=37		
Sucessão: rígida e ordenada; defensividade		
Tipo de apreensão <u>G</u>, <u>D</u>, <u>Dd</u>		

8.3.3. *Análise do Rorschach*Produtividade e Tempo

Produção ligeiramente reduzida (19 respostas) fornecida num tempo muito reduzido (7'55"). Todavia, os tempos de latência são relativamente longos, situando-se entre os 4" e os 25", o que poderá revelar dificuldades de M. em elaborar uma resposta, face ao estímulo exposto da mancha e pode traduzir, de igual modo, uma defensividade face às solicitações latentes presentes em algumas pranchas. Se em alguns cartões, como o II, III, V e VII, verificamos uma fuga para a frente na expressão (latências iniciais entre os 4" e os 9", noutros as latências situam-se entre os 15" e os 37", o que revela uma lentidão que poderá espelhar o peso das

solicitações das pranchas para M.. Uma questão que se pode colocar desde já, é se esta latência se trata do efeito de sideração que o paralisa ou, pelo contrário, se o tempo gasto é consagrado à elaboração dos dados do material

Os Modos de Apreensão

O protocolo de M., pauta-se por uma primazia de D (58%), o que pode espelhar um certo isolamento perceptivo que remete para mecanismos mais elaborados de isolamento entre afecto e representação. Por exemplo na prancha III, M. deixa de lado as manchas vermelhas, evitando o confronto com os movimentos pulsionais que podem ser sentidos como “perturbadores”. Em suma, pode dizer-se que a frequência de D’s reflecte um certo controlo pela realidade objectiva e se, tivermos em conta que a estes D’s estão associados única e exclusivamente determinantes formais, esta adaptação e defensividade é reforçada. Contudo, algumas respostas D são caracterizadas por determinantes formais de má qualidade, deixando de haver congruência entre o modo de apreensão e o determinante, o que espelha a luta entre a tentativa de domínio e o que leva ao insucesso dessa tentativa. O compromisso defensivo deixa de ser operante: o recorte perceptivo visa circunscrever a mancha mas salda-se por uma submissão desorganizante às moções projectivas pulsionais e fantasmáticas (Chabert, 1998, p.114).

Temos também uma percentagem significativa de G’s, que aparecem acima de tudo nas pranchas mais compactas e na maior parte das respostas banais dadas por M.. A presença deste tipo de apreensão neste protocolo, atesta a existência de uma adaptação perceptiva de base. A maior parte dos G’s são G’s simples existindo apenas um G de tipo vago. A presença de G’s simples, ilustra a capacidade de inserção numa realidade objectal/social definida e diferenciada. Todavia, embora Chabert defenda que o aparecimento de G’s simples é sustentado pela referência possível a um objecto total e a uma apreensão de si enquanto sujeito, entidade íntegra a esse objecto (1998), não acreditamos que no caso específico de M. e atendendo à frequência de G’s no seu protocolo, que a existência deste modo de apreensão possa ser entendida dessa forma. Consideramos que a apreensão global do objecto em M., é antes do mais símbolo de um mecanismo de intelectualização e de um apego ao real, o que entendemos ser um processo *desidentificante* na medida em que a colagem ao

percepto tal como ele se apresenta, reforça a rigidez e defensividade que o parece caracterizar.

O G vago, traduz um pouco a ideia acima referida, sendo que a indefinição formal testemunha a indefinição do objecto e também a indefinição do sujeito, que se encontram na imprecisão e na insuficiência do continente. Pode também pôr-se a hipótese que este G vago, funcionou de certo modo como mecanismo de defesa contra uma implicação e um compromisso sentido como inquietante, se atendermos ao facto que a resposta G F +/- é dada no cartão X, que pode suscitar em M. uma angústia de fragmentação.

É importante sublinhar a existência de dois Dd's (10%), ambos de má qualidade perceptiva, o que pode assinalar por um lado um registo defensivo de estilo rígido e por outro lado o insucesso do controlo.

Resumidamente, a distribuição dos modos de apreensão no presente protocolo, manifesta as suas capacidades efectivas de ancoragem ao real, por uma abordagem do mundo concreto que usa a exterioridade dos objectos como barreira, mais ou menos dispendiosa e eficaz, face às emergências fantasmáticas conflituais afectivas. Isto pode ser sustentado por uma incapacidade quase absoluta de ter uma apreensão global de um objecto, visível na parcelização contínua do material, que mostra, então, representações fragmentárias e não ligadas. Assim esta descontinuidade psíquica pode, neste caso concreto, ditar condutas perceptivas à imagem de um self não unificado (Chabert, 1998, p.121).

Os Determinantes

O determinante F (F%=90) pauta todo o protocolo de M., sendo que a percentagem elevada deste determinante, assinala uma grande vigilância, uma preocupação de controlo que vai no sentido da retenção, que enclausura a expressão do afecto e do desejo (Chabert, 1998). A centração no descritivo e no factual sublinha a fragilidade da mentalização do símbolo e a pobreza fantasmática, que colmata as faltas de elaboração através de um sobreinvestimento da realidade: é esta que vem preencher, ou substituir, o vazio de um espaço psíquico que parece não poder manifestar-se como tal, como se as imagens induzidas pelos cartões não

tivessem espessura, não encontrassem eco interno, em termos de ressonância fantasmática ou de vivência emocional. (Chabert, 1998, pp.128-129). Percebe-se assim que esta alta percentagem de respostas formais, mesmo permitindo uma colagem à realidade objectiva correcta, possui um carácter patológico porque põe a tónica na rigidez de certos mecanismos de defesa e que consistem, no essencial na utilização da realidade exterior, perceptiva e objectiva, para evitar a expressão alimentada pelas pressões pulsionais e fantasmáticas.

O F+% (77%) demarca o factor de adaptação e socialização de M., e também evidencia o esforço, a crispação adaptativa e perceptiva na procura de referências mais sólidas, necessárias para apoiar a identidade do sujeito (Chabert, 1998).

A existência de três F-, assinala a capacidade de M. em falhar, de se perturbar e de diminuir o controlo; esta ineficácia das defesas pela realidade ou a derrapagem da adaptação perceptiva são reveladoras e até certo ponto positivas de uma certa permeabilidade no arranjo do funcionamento mental. Como refere Chabert *por estas janelinhas introduzem-se as emergências inconscientes, as representações recalçadas, os afectos reprimidos, as moções pulsionais incongruentes, enfim, tudo o que traduz os compromissos de uma vida psíquica que não se deixa submeter pela conveniência ou pelo conformismo dos perceptos* (1998, p. 134). Deste modo, no caso de M., entendemos a presença de F- não como um factor psicopatológico mas antes como uma quebra embora ténue a um funcionamento que prima pelo apego ao formal e a defesas rígidas e cristalizadas.

As duas respostas F+/- têm a nosso ver um significado semelhante ao acima referido, dado que assinalam um pensamento que deixa a realidade exterior escapar a qualquer circunscrição precisa. Contudo, cremos também que demarca um pensamento vago que não encontra os seus limites, em que a delimitação da fronteira dos objectos do seu meio e ele mesmo é difusa e pouco coesa.

Os determinantes cinestésicos no protocolo de M. revelam, por um lado, a atribuição de uma dimensão dinâmica à percepção, o que dá a marca de uma certa subjectividade, mas por outro, para além da sua frequência ser significativamente reduzida, uma das cinestésias é de má qualidade formal o que reforça uma vez mais o

compromisso pouco harmonioso entre percepção e projecção, dado que o contributo projectivo da resposta condenou ao insucesso o seu valor adaptativo.

Esta quase inexistência de cinestésias no protocolo de M., põe a descoberto a sua inaptidão para o jogo imaginário havendo o primado da regra introduzida pela instrução, do respeito pelo percepto, não indo para além do visível. Acresce a isto que uma das cinestésias é *animal* o que no sentido clássico remete para o deslocamento dos movimentos pulsionais para imagens animais - a apresentação humana conflitual é afastada da cena mental e substituída por um conteúdo animal que serve de porta voz às pressões fantasmáticas e pulsionais consideradas incómodas (Chabert, 1998).

A ausência de respostas que utilizam a cor (TRI 1K/0C), corrobora o que verificamos anteriormente, isto é o sobreinvestimento do percepto quanto à sua forma evidenciando um retraimento, um desinteresse pelo mundo exterior, uma impermeabilidade ao estímulo através de barreiras sólidas que se erguem contra o impacto das excitações externas e/ou contra as pressões internas que elas desencadeiam. O mesmo se passa para as respostas esbatimento em que a sua ausência põe mais uma vez a nu as dificuldades de M. em projectar-se na prova e a sua dormência face à tónica mais afectiva e sensorial existente nas pranchas.

Os Conteúdos

Os conteúdos pertencem, fundamentalmente, à grande rubrica A, o que pode ser prova de uma orientação dos investimentos no sentido da adaptação ao mundo social.

O A% encontra-se acima dos valores normativos e traduz um índice de conformismo, de “participação na mentalidade colectiva” elevado (Chabert, 1998). Este índice elevado assinala a nosso ver *uma carapaça social erigida como defesa maior, utilizada, em particular, para evitar o contacto autêntico, a relação verdadeira.* (Chabert, 1998, p. 192). No caso de M. as respostas A são sustentadas por mecanismos de adaptação que engrossa o registo de conformismo e banalização que o caracteriza.

Embora haja um mínimo de respostas humanas no protocolo de M., o que dá conta da sua capacidade em se identificar com uma imagem humana, acreditamos que estas respostas são caracterizadas pelo anonimato e não atribuição de características identificatórias (sexo, idade, nome e outros) o que nos leva a reflectir sobre uma problemática de identidade em M..

O número de banalidades (6) revela algum apego ao envelope formal do estímulo, sendo que é predominante em M. esta carapaça formal e social ao longo de todo o protocolo.

Dados qualitativos

O protocolo de Rorschach de M. impressiona pela sua aridez, pela intensidade da inibição que dele se destaca, caracterizada essencialmente por uma atitude defensiva que consiste em não se aplicar numa procura mais aprofundada ou mais pessoal em relação à mancha; esta ausência de curiosidade face ao objecto externo pode acompanhar-se por uma ausência de curiosidade pela realidade interna do sujeito ou, pelo menos, mostrar o desejo de não se revelar ao outro por implicação mais manifesta. O esforço defensivo, inteiramente concentrado no controlo severo dos movimentos projectivos confere ao conjunto das produções uma certa pobreza.

O Processo de Pensamento e Dinâmica Conflitual

As condutas intelectuais aparecem pouco investidas, uma vez que M. não mostra uma conduta activa na tomada de consciência do material, não havendo grande procura de construção nem de elaboração, não havendo criatividade.

As apreensões globais (G) compreendem, antes de mais, G's simples, o que demonstra uma capacidade de inserção numa realidade objectal claramente definida e diferenciada. A abordagem parcelar (D), a mais utilizada, põe o acento num controlo adaptativo explorado com fins defensivos que vem inibir o processo projectivo. Os D's de M. revelam essencialmente uma abordagem descritiva do estímulo, uma leitura imediata do material, num registo de significados socializantes e adaptativos.

Estamos assim perante um funcionamento formalista, rígido, acantonado no campo de uma realidade externa banal e adónima, não deixando de assinalar o estado de alerta do mundo interno, cujas aberturas (respostas de má qualidade formal) atacam esta crosta adaptativa e a ameaçam de rachamento.

A participação quase nula das cinestésias e respostas sensoriais confirma que não há enriquecimento do funcionamento intelectual com o contributo do imaginário. Os determinantes usados por M. são na sua quase totalidade formais, o que atribui às respostas um envelope puramente perceptivo, marca da objectividade já referenciada.

O A% muito elevado faz sobressair a possibilidade de estarmos perante uma organização de personalidade que é caracterizada pela fragilidade identitária e que se traduz numa adaptação superficial e mimética face ao outro e à realidade que o circunda.

Problemáticas

Na prancha I, e atendendo à tonalidade emocional evocada e ao facto de ser o primeiro cartão ao qual M. foi exposto, podemos pensar que o tempo de latência prolongado (25'') se deve a esta situação de apresentação da entrada na prova tendo sido mobilizadas algumas forças defensivas por parte deste. Esta defensividade é evidente também na resposta curta, descritiva e agarrada ao invólucro formal do percepto assim como na sua atitude de recusa (*não vejo mais nada*).

A prancha II, que segundo Traubenberg (1970/1990 citada por Chabert, 1998) pode reenviar para a relação precoce com a mãe é pautada por respostas curtas, com uma descrição pobre e inúmeros comentários de recusa e angústia perante o estímulo. Para além disso é importante atentar à sua reactividade à cor vermelha, sendo que só dá respostas nos D's vermelhos, embora atendendo unicamente à forma. Podemos pensar que o recurso ao determinante formal, assim como ao conteúdo animal, serviu de protecção à angústia reactivada pela solicitação simbólica da prancha, relação precoce com a figura materna, mas que de certa forma aparece na segunda resposta dada nesta prancha (*em cima parece uma borboleta que se partiu ao meio*). Esta visão fragmentada do percepto pode remeter para uma identidade dispersa na ausência de um continente materno capaz de lhe dar consistência e

unicidade. O “não consigo identificar” presente no discurso de M. é, a nosso ver, um “não consigo identificar-me” no sentido de uma identificação coesa, autónoma, sem necessitar de procurar a sua identidade no outro ou na realidade externa. Na resposta 3, observa-se também a falha das defesas mais adaptativas existentes em M., ou seja, a tentativa de controlo é boicotada pelas moções pulsionais que este lhe despertou.

Na prancha III, as respostas primam pela desvitalização das figuras humanas às quais não se lhes é atribuída quaisquer traços identificatórios; mais ainda se verifica uma indiferenciação da representação de si face ao outro – são duas personagens sem especificidades e sem diferenças entre si o que pode remeter para uma dificuldade de si perante o outro. Esta indiferenciação continua naquilo que une estas duas personagens (*duas pessoas a agarrarem em qualquer coisa, mas não sei o que é. Duas pessoas a transportarem qualquer coisa*) o que reenvia para possíveis dificuldades e fragilidades a nível relacional. É importante sublinhar o comentário relativamente a esta prancha – *isto é um bocado pornográfico* – em que se por um lado, a sua resposta é caracterizada pela pobreza da tónica emocional, por outro este comentário põe a descoberto um investimento libidinal, embora reprimido.

No que concerne à prancha IV a tonalidade emocional foi disfórica (escolha -), sendo que o preto intenso e disperso parece ter provocado uma reacção de angústia e desconforto em M.. Tendo em conta que a solicitação simbólica do cartão está associada a uma imagem de potência, força e autoridade, podemos considerar que o *monstro* descrito por M. poderá ser o equivalente de um papel superegótico associado à imago paterna. Contudo, e apesar da reacção disfórica e da resposta “monstro” o facto de M. o ter reduzido a um desenho animado para crianças, faz-nos pensar na hipótese de desvitalização e de redução de poder a esta representação da figura paterna.

Relativamente à quinta prancha, a qual apela à adaptação à realidade objectiva e ao sentimento de integridade, podemos dizer que foi vivida por M. de forma neutra e pouco pronunciada. Uma vez que este é o cartão que está mais próximo da realidade, não parece ter suscitado em M. movimentos mais projectivos, tendo pelo contrário, apelado ao seu registo mais adaptativo e de apego ao formal. A isto acresce o facto desta prancha ter sido escolhida como uma das preferidas de M..

Quanto ao cartão VI, tal como aconteceu no IV, reactivou em M. uma emoção negativa de desconforto. Para além deste mal estar os comentários feitos no inquérito, levam-nos a pensar que o estímulo da mancha solicitou em M. pulsões e emoções que este identifica como negativas e assustadoras mas que podem não ser completamente conscientes e/ou dizíveis. A resposta dada, prima uma vez mais, pela colagem ao determinante formal, pela adesão à banalidade e pelo controlo da projecção. A resposta dada neste cartão, corrobora assim o que tem vindo a ser verificado ao longo da análise do protocolo, nomeadamente no que se refere à não implicação na prova e à colagem à realidade objectiva. Para além disso, atendendo ao registo simbólico/sexual associado a este cartão, reforça-se a ideia de repressão e/ou retirada libidinal de M..

A prancha VII parece ter sido a que reactivou uma maior instabilidade e dificuldades. Atendendo ao facto de que este cartão impele normalmente o sujeito a situar-se em relação ao sexo feminino, à imagem feminina ou à *imagem materna em função da sua própria relação primitiva com a sua mãe* (Chabert, 1998, p. 70), tudo leva a crer que a relação de M. com a figura materna evoca angústias e fantasmas. Uma vez mais, as caras descritas são completamente isentas de identidade/identificação, e para além disto, não é estabelecida qualquer relação e não existem elementos diferenciadores entre as mesmas. Assim, podemos pensar que a relação de objecto poderá ter falido no processo de separação/individuação capaz de permitir a construção, unificação e elaboração de uma identidade una. As respostas seguintes que deslocam o conteúdo humano para conteúdos mais figurativos e intelectualizados, pautam-se pela falha do controlo dos movimentos mais projectivos e das pulsões fantasmáticas reactivadas pelo cartão, na medida em que são todas de má qualidade formal e os comentários existentes no inquérito carregam-se de uma atitude de recusa e de vários silêncios intra-relato o que acresce as dificuldades trazidas pelo cartão materno por excelência.

Na oitava prancha, o que parecer ter sucedido é que os elementos sensoriais que impelem habitualmente para o mundo exterior e a afectividade, ficaram excluídos na resposta de M., dado que, uma vez mais este selecciona os perceptos mais próximos da realidade objectiva e com uma forma mais definida (D rosas

laterais) e exclui todos os outros, que para além de coloridos, possuem formas mais difusas, ambíguas e que impelem a um maior exercício projectivo.

No cartão IX, observou-se claramente uma resistência e recusa ao apelo simbólico do cartão associado habitualmente a um simbolismo materno e pré-genital. Podemos assim inferir que a reactivação simbólica associada à imago materna representa de tal forma um recinto inacessível e causador de angústia para M. que a única saída possível é a evasão e a recusa, o não pensado, o não mentalizado.

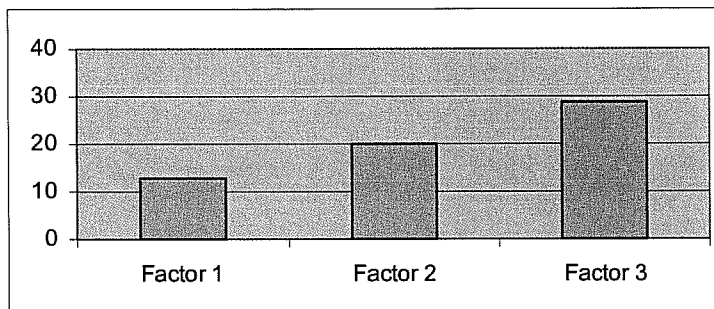
A prancha X, foi caracterizada por uma reacção positiva, tendo sido escolhido como um dos cartões favoritos e todas as respostas se caracterizam pelo apego ao formal. Tal como aconteceu nos cartões VIII e IX, não houve reactividade à cor, a qual serviu apenas como elemento de localização, e para além disso, os conteúdos são na sua maioria conteúdos animais o que é reforçado por um comentário adicional de M. – *nestas manchas todas o que a pessoa procura identificar mais são animais, já viu?* – denunciando assim os seus mecanismos de adaptação e a sua máscara social.

8.4. Resultados obtidos na Escala de Alexitimia (TAS-20).

Na escala de Alexitimia obtivemos uma pontuação de 62 pontos, para um total máximo de 100 pontos, o que nos dá indicação da presença de **Alexitimia Elevada**. Se distribuirmos a pontuação pelos três factores que constituem a escala, temos uma pontuação de 13 no factor 1 (F1 - dificuldade em identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais que acompanham as emoções), 20 no Factor 2 (F2 – dificuldade em descrever os sentimentos dos outros) e 29 no Factor 3 (F3 – pensamento orientado para o exterior).

Em suma, o que se verifica é que M. tendo características alexitímicas manifesta uma maior dificuldade em ler a emocionalidade no outro e apresenta um pensamento que mimetiza muito daquilo que é a sua realidade externa.

Gráfico 1 – Distribuição da pontuação obtida na TAS-20, pelos três factores que a constituem.



Deste modo o que se verifica é que há uma distribuição relativamente heterogénea dos valores, havendo uma predominância do Factor 3, que nos indica que haverá a presença de um pensamento mais orientado para o exterior e para a objectividade. Os valores obtidos nos restantes factores revelam dificuldades moderadas ao nível da identificação de sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da activação emocional e à descrição de sentimentos dos outros.

8.5. Análise Global do Caso

Atendendo aos três instrumentos utilizados - Entrevista clínica, Rorschach e Escala de Alexitimia – identificamos alguns aspectos comuns:

1) Pobreza da função do imaginário, visível na forma árida como M. conta a sua história de vida, na inexistência de determinantes cinestésicos e cor (no protocolo do Rorschach) reveladora de pobreza fantasmática e a grande predominância de respostas e determinantes colados à realidade objectiva; para além disso o valor obtido na TAS-20, faz-nos antever esta dificuldade de M. em fantasiar;

2) Apego ao formal evidente, por exemplo, na forma *crua* como este lê a realidade e as suas relações, na forma como segue aquilo que é ditado pelo exterior, na primazia de determinantes F ($F\%=90$) e no valor obtido no factor 3 da TAS-20 (pensamento orientado para o exterior);

3) Uma relação precoce com a figura materna que terá sido assinalada pela ausência de uma relação empática, pelo vazio afectivo, traduzidos pelo possível

recalcamento desta relação (na entrevista não há quaisquer recordações em relação à mãe) e pelas respostas dadas nas pranchas cuja solicitação simbólica remete para a relação primitiva com a mãe; nestas respostas o que se verifica é a indiferenciação, a ausência de tónica emocional, assim como a falha do controlo dos movimentos mais projectivos (má qualidade formal das respostas dadas);

4) Depressividade, sendo que na história de vida de M. não há a descrição de uma depressão manifesta mas sente-se um desinteresse, uma baixa auto-estima, uma inibição que é descrita como um traço de personalidade; para além disso no Rorschach observa-se alguma reactividade ao negro e a presença de emoções quase sempre disfóricas, embora não verbalizadas, face a algumas solicitações simbólicas dos cartões;

5) Estabelecimento de *relações brancas* evidente no modo intelectualizado e estéril como descreve as suas relações, sendo estas marcadas acima de tudo pela funcionalidade e superficialidade. Este aspecto também é visível no anonimato e desvitalização das respostas presentes no protocolo de Rorschach tal como na quase nula referência de figuras humanas na prova projectiva ($H\%=16$). A escala consolida de certo modo este aspecto, na medida em que o que se verifica é a presença de dificuldades em descrever a emoção e a intencionalidade do outro;

6) Uma identidade difusa, em que não há um reconhecimento de um *si*, patente na distância com que conta a sua história, na dificuldade em usar o pronome pessoal na primeira pessoa e acima de tudo a forma como procura a sua identidade no externo, no outro; para além disso no Rorschach, nas respostas dadas nos cartões alusivos à identidade, verifica-se, mais uma vez, uma adaptação à realidade objectiva e um não sentimento de unidade ao que acresce um índice de conformismo e de *participação na mentalidade colectiva* elevado ($A\%=58$). Também a dificuldade revelada na TAS-20, ao nível da identificação dos próprios sentimentos reforçam esta falta de solidez identitária;

7) Presença de Alexitimia: na anamnese este traço alexitímico é não só visível na pobreza do vocabulário usado e na dificuldade em *dar nome* às emoções, como também na dificuldade em reconhecer nos outros as suas emoções. Quanto aos

outros instrumentos temos um valor de 62 na TAS-20 (alexitimia elevada) e no Rorschach permanece a pobreza de vocabulário e a aridez ao nível dos determinantes em que se observa muito mais a adaptação e a submissão ao percepto e a ausência de moções projectivas pulsionais e fantasmáticas.

9. Conclusões.

Através da reflexão teórica e estudo de caso realizados, podemos verificar que os traços do sujeito podem representar um factor de vulnerabilidade para a doença e a própria doença é vivida pela personalidade psicossomática de um modo hiperadaptado, desnudando ainda mais os traços que constituem este tipo de personalidade.

Observamos no caso estudado, que o cancro colo-rectal e a doença de Crohn são também sintomas de uma identidade não exclusiva, agarrada à identidade colectiva, de uma depressividade, de uma zanga calada dirigida ao alvo errado -o seu corpo - e de uma vida timbrada por relações estéreis e em função do outro.

A presença de alexitimia no caso estudado leva-nos a pensar que esta perturbação na regulação das emoções e sua identificação, alimenta o utilitarismo e superficialidade das relações, sendo que, a nosso ver, poderá trazer dificuldades ao nível da relação médico-doente. Se perante um doente alexitímico temos um médico que não procura ler para além do óbvio nem compreender *o não dito*, ou que é também ele alexitímico, não temos uma verdadeira relação, o que perturbará o tratamento da doença.

Consideramos assim pertinente para investigações futuras o estudo da relação médico-doente, avaliando os médicos, olhando para a sua representação da relação, podendo avaliar também a presença de traços alexitímicos nos mesmos. Todavia, atendendo à tentativa (gorada) de o fazer na presente tese, esta proposta de estudo apresenta alguns obstáculos, nomeadamente a disponibilidade de muitos médicos que sentem que esta investigação pode questionar a sua competência.

As relações médico-doente existentes no caso analisado na presente tese, têm um enorme impacto na forma como o sujeito vive a doença, no modo como este se adapta e representa as idas ao hospital, a realização dos tratamentos, as cirurgias, etc. O que se observou sobretudo, é que a forma como M. se sente cuidado e alvo da atenção por cada um dos médicos que o seguiram, é o factor que rege a sua vivência da doença. Se sente empatia por parte dos seus médicos, não só expõe mais o seu sentir, como também se permite protestar mais face a estes.

A relação médico-doente é também ela parte do tratamento, senão a mais importante. Na receita prescrita ao doente para além da medicação, radioterapia, quimioterapia deveria constar empatia com o seu médico.

Observa-se cada vez mais a predominância do saber técnico, da eficácia, dos resultados objectivos, esquecendo o saber relacional que olha não para a doença, mas sim para a Pessoa doente.

Dantes os doentes falavam com os seus médicos, abriam a sua “alma”, expunham as suas dúvidas, e os médicos por seu lado, ouviam-nos e olhavam para os seus doentes, tocavam-nos, palpavam-nos, afagavam-nos, por vezes até lhe provavam as urinas. Com as novas tecnologias, a primeira das quais o estetoscópio, inicia-se o afastamento físico e depois o afastamento intelectual e afectivo, o afastamento humanístico.

Actualmente os doentes não são doentes, são pacientes, utentes ou clientes e os médicos não os ouvem, mal lhes falam, quase não lhes põem a vista em cima e muito menos os tocam, os palpam, os afagam; pedem-lhes e fazem-lhes exames, por vezes com pouco senso prático, para uma medicina defensiva de boas práticas teóricas. É também uma relação tecnológica, com a máquina, com o número da evidência científica, que pode ser eficiente, mas que é fria e deixa um vazio. É também uma forma de prepotência e ditadura, encapotada com avanços, progressos, evolução (Silva, 2007, p.10).

Muitos dos médicos já foram doentes, já viveram essa indiferença, esse vazio, quando não esse despotismo, mas todos deverão ter essa sensibilidade, bem como ter também a capacidade de imaginar o que sentiriam se estivessem desse outro lado, para evitar certas situações e para compreender certas reacções da pessoa doente (Silva, 2007).

Não há que ser retrógrado, impondo valores do passado, mas também não se pode ser utópico, defendendo valores que, embora parecendo avançados e de modernidade desprezam a relação médico-doente.

Há que defender a eficiência e a competência, com liberdade e independência, mas num contexto humanizado, com bom senso e sentido das realidades, com confiança (reinvente-se a confiança...), honestidade (que seja a ética de todos nós...), e respeito (aprofundemo-lo, em relação a nós próprios, em relação aos outros, em relação aos objectos e às ideias...). Por isso, há que, realmente, humanizar a Medicina (Silva, 2007, p.10)

10. Referências Bibliográficas

- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática – Princípios e Aplicações*. São Paulo: Artes Médicas.
- Balint, M. (1998). *O Médico, o seu Doente e a Doença*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bleeh, J. (2006). *Os Inventores de Doenças*. Porto: Âmbar.
- Barros, S., Lobo, S., Trindade, I. & Teixeira J. A. C. (1996). Alexitimia, Saúde e Doença – estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Análise Psicológica, XIV*, 2-3, 305-312.
- Bovbjerg, O. (1990). Psychoneuroimmunology and cancer. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
- Brás, M. L. (1995). *A depressão nos Doentes com Lúpus Eritematoso Sistémico* (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Carvalho, M. M. (2002). A Medicina em História – A Medicina Hipocrática. *Leituras Vol. IV*, nº1 (s.p.). Consultado em Maio, 15, 2008, através da fonte http://www.saude-mental.net/pdf/vol4_rev1_leituras2.pdf.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP, vol.13, no.1*, 151-166.
- Carvalho, M. M. G. (2004). *Alexitimia e Diabetes – contributos para um estudo*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Cerchiari, E. A. N. (2000) Psicossomática um estudo histórico e epistemológico. *Psicologia, vol.20, nº4*, 64-79.

- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na Clínica do Adulto*. Lisboa: Climepsi Editores
- Costa, L. (2004). *O Cancro também pode morrer*. Porto: Âmbar.
- Craig, R. J. (1991). *Entrevista Clínica de Diagnóstico*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Damáσιο, A. (2004) (6ªed.). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Europa-América.
- Dias, M. R. (1999). A doente veterana: saberes esquecidos nos sistemas de saúde. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 499-512.
- Dias, M. R. (2005). *A Esmeralda Perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dias, M. R. & Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Direcção Geral de Saúde (1993). *Registo Oncológico Nacional*, Lisboa.
- Direcção Geral de Saúde (2002), *Ganhos em Saúde em Portugal: Ponto de Situação*. Relatório do Director- Geral e Alto-Comissário da Saúde, Lisboa.
- Dunbar, H. (1979). *Emotions and bodily changes : a survey of literature on psychosomatic interrelationships*. New York : Arno.
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Revista Toxicodependências*, 8(1), 37-49.
- Figueiredo, A. P. R. S. (2007). *Impacto do Tratamento do Cancro Colorrectal no Doente e Cônjuge: Implicações na Qualidade de Vida, Morbilidade Psicológica, Representações de Doença e Stress Pós-Traumático*. Dissertação de Mestrado em Educação apresentada à Universidade do Minho, Braga.

- Franz, M., Popp, K., Schaefer, R., Sitte, W., Schneider, C., Hardt, J. et al. (2008). Alexithimia in the German population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43,1, 54-62.
- Freud, S. (1990). *Estudos sobre a histeria*. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. II. (obra original publicada em 1895).
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional*. Executive Digest. Recuperado em Dezembro, 9, 2008, através da fonte <http://student.dei.uc.pt/~mafonso/ge/IntEmoc.html>
- Gonçalves, V. (2004). *O Lúpus Eritematoso Sistémico na Identidade Psicossomática*. (Monografia de Licenciatura). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada
- Gonçalves, V. (2008). *O Preço da Longevidade. Uma Reflexão sobre a Adesão à Terapêutica Anti-Retroviral no Sujeito Infectado pelo VIH*. Dissertação de Mestrado em Psicossomática apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Gorter., R. (2008). Todos temos um bocadinho de cancro. *Revista Única, n° 1859*, 102-103.
- Gusmão, S. S. (2006). *História da Medicina: evolução e importância*. Sociedade Brasileira de História da Medicina. Recuperado em Agosto, 2, 2008, através da fonte <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=93>
- Hacpille, L. (2000). *A Dor Cancerosa e seu Tratamento. Abordagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Haynal, A., Pasini, W. & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática – perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Holland, J. (1990). Historical overview. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford Press.
- Holland, J. (1996). Cancers psychological challenges. *Scientific American*, 275 (3), 122-125.
- Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde – desenvolvimento e intervenção*. Lisboa: ASA Editores.
- Kubler-Ross, E. (1994). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Leal, M. R. M. (2000). *A Psicoterapia como Aprendizagem*. Lisboa: Fim de Século.
- Leal, I. (2004). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio* (3ª Ed. rev.). Lisboa: ISPA.
- Lolas, F. & Von Rad, M. (1989). Alexithimia. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, physiology and practice* (pp.189-223). Connecticut: International Universities Press.
- Marques, M. S. (2002). A passividade originária e a fundação da medicina dos cuidados paliativos. In M. R. Dias & E. Durá (org.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp.145-187). Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, A. M. (1996). *Espaço, Tempo e Identidade na Alergia – contribuição para uma Avaliação em psicossomática*. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa
- Martins, A. M. (2003). *Clínica do Adoecer Somático*. Acção de Formação (1º Curso), pelo Departamento de Formação Permanente do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática do Adulto*. Paris: Dunod

- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort – essai d'économie psychosomatique*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Marx, J. (2004). Cancer research: inflammation and cancer: the link grows stronger. *Science* 306 (306), 5698-966.
- Matos, A. C. (1999). Psicanálise, Psicossomática e Imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol.1, n^o2, 9-16.
- Matos, A. C. (2003). *Mais Amor Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, P. & Pereira, M. (2002). Áreas de Intervenção na Doença Oncológica. In M. Pereira & C. Lopes. *O Doente Oncológico e sua Família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mendes, A. C. (2006). *Espaços, Narrativas e Olhares sobre a Morte – uma perspectiva a partir do Instituto Português de Oncologia de Lisboa*. Dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura, e Tecnologias da Informação apresentada ao Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Nunes, M. L. T. (1993). Entrevista Psicológica. In J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico (4^a Ed. rev)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinielli, L. J. (1999). *Introdução à Psicologia Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedro, A., Soubigou, D. & Balanda A. B. (2001). Le Rorschach en Clinique Psychosomatique. In Sami-Ali et al.(Eds.), *Manuel de thérapies psychosomatiques* (pp.303-335). Paris: Dunod.

- Pereira, F. (2002) Prefácio in Sami-Ali (2002). *Pensar o Somático. Imaginário e Patologia*. Lisboa: ISPA.
- Pombo, O. (s.d.). *A Ciência e as Ciências*. Comunicação apresentada no Centro de Filosofia das Ciências da Universidade de Lisboa (pp.1-15).
- Prazeres, N., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (2004). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte-Itens (TAS-20). In L. Almeida, M. Simões, C. Machado & M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa Vol II*. (pp.87-99) Lisboa: Quarteto.
- Reiser, S. (1980). Words as scalpels: transmitting evidence in the clinical dialogue. *Annals of Internal Medicine*, 92, 837-842.
- Resende, J. M. et al. (2005). *Do sofrimento e da bondade: o cancro em questão*. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Sami-Ali (2002). *Pensar o Somático – Imaginário e Patologia*. Lisboa: ISPA.
- Santos, M. M. V. (2001). *Impasse e Cancro da Mama: uma questão de tempo?* Dissertação de Mestrado em Psicossomática apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Santos, G. (2005). *Investigadores defendem mais rastreio do cancro do cólon*. Recuperado em Maio, 15, 2008, através da fonte http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/lusa/2005/lusa_.htm
- Servan-Schreiber, D. (2008). *Anti-cancro: um novo estilo de vida*. Lisboa: Caderno.
- Sigerist, H. (1979). *A history of medicine*. Oxford: Oxford University Press.

- Silva, M. M. (2007). Médicos e doentes, doentes e médicos. Que relações? A medicina é uma arte baseada na ciência, às vezes também uma artesanía e uma técnica. *Acta Urológica*, 24; 1, 9-10.
- Silva, P. M. (1997). *Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina*. Lisboa: Edições Cosmos.
- Souza, P. J. (1999). *Estudo da alexitimia em diabéticos*. (Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Taylor, G. J. (1997). Affects and alexithymia in medical illness and disease. In G. J. Taylor, R. M. Bagby & J. D. A. Parker (Eds.) *Disorders of Affect Regulation* (pp.216-247). Cambridge: Cambridge University Press.
- Teixeira, J. A. C. et. al. (1996) Alexitimia, saúde e doença. Estudo exploratório da alexitimia em sujeitos com doença crónica. *Análise Psicológica*, 2.3 (XIV), 305-312.
- Vaz-Serra A. S. (1980). A relação médico-doente na prática clínica. *Psiquiatria Clínica, supl.1*, 5-7.
- Veríssimo, R. (2007, Novembro). *Alexitimia: o que há na palavra?* Comunicação apresentada na Conferência Clínica organizada pelo Mestrado de Psicossomática do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.