

1170

DM
BHRB1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO EM PSICOSSOMÁTICA

ESTILO DE VINCULAÇÃO EM PACIENTES COM LUPUS ERITEMATOSO
SISTÉMICO E EM PACIENTES COM ASMA

Orientador: Prof. Dr. António Coimbra de Matos

Trabalho realizado por: Filipe Marques da Gama Barbosa



Lisboa

Maior de 2005

Stamp area containing a circular logo, a signature, and the date 26.06.06.

Índice	1
Prefácio	3
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1. Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	4
1.1. Caracterização Clínica	8
1.2. Fisiopatogenia	16
1.3. Etiopatogenia	16
1.4.1. Introdução	17
1.4.2. Factores Psicológicos	19
1.5. Síntese	21
2. O LES e a Psicossomática	28
3. Asma	28
3.1. Caracterização Clínica	30
3.2. Etiopatogenia	36
3.3. Factores Psicológicos	36
3.3.1. Introdução	39
3.3.2. Do Significado	40
3.3.3. Da Dependência	44
3.3.4. Da Identidade	45
3.3.5. Do Pai	47
3.3.6. Da Família	48
3.3.7. Síntese	50
4. Vinculação	58
5. Relação de Objecto	66
6. Relação de Objecto no Paciente Psicossomático	75
PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	76
7. Definição do Problema	76
7.1. Enquadramento	79
7.2. Finalidade	80
7.3. Objectivos	82
8. Metodologia	82
8.1. Desenho do Estudo	82
8.2. Amostra	84
8.3. Caracterização da Amostra	89
8.4. Variáveis	92
8.5. Instrumentos de Medida	103
8.6. Tratamento Estatístico dos Dados	104
9. Resultados	105
9.1. Resultados relativos ao Grupo de Asma	105
a) Alexitimia e perfil psicossomático	108
b) Personalidade e mecanismos de defesa	111
c) Sintomas e estados psicopatológicos	114
d) Estilo de vinculação	115
e) Estilos educativos parentais	116
f) Qualidade de vida	117
g) Relações entre estilo de vinculação e as restantes variáveis	122
9.2. Resultados relativos ao Grupo de Lupus	122
a) Alexitimia e perfil psicossomático	124
b) Personalidade e mecanismos de defesa	127
c) Sintomas e estados psicopatológicos	130
d) Estilo de vinculação	

e) Estilos educativos parentais	131
f) Qualidade de vida	132
g) Relações entre estilo de vinculação e as restantes variáveis	133
9.3. Resultados relativos à relação entre o Grupo de Asma e o Grupo de Lupus	138
a) Alexitímia e perfil psicossomático	138
b) Personalidade e mecanismos de defesa	140
c) Sintomas e estados psicopatológicos	141
d) Estilo de vinculação	143
e) Estilos educativos parentais	144
f) Qualidade de vida	144
9.4. Resultados relativos à comparação entre os três grupos: Controlo, Asma e Lupus	146
10. Discussão	156
10.1. Grupo de Asma	161
10.2. Grupo de Lupus	166
10.3. Geral	168
11. Conclusões	168
11.1. Grupo de Asma	170
11.2. Grupo de Lupus	173
11.3. Comparação entre os grupos	175
12. Bibliografia	202
13. Anexos	

Prefácio

Hipotetizar questões e procurar respostas são dois aspectos que motivaram a construção deste trabalho.

A Psiconeuroimunologia surgiu como uma perspectiva que poderia dar sentido à abordagem psicossomática da doença e do adoecer, sem implicar visões reducionistas simplificadoras.

Este trabalho só foi possível por um conjunto de oportunidades e de colaborações de que sou devedor e que me apraz referenciar.

Agradeço particularmente ao Prof. António Coimbra de Matos por ter aceite ser meu orientador e por todo o apoio pedagógico e científico que prestou à realização deste trabalho. Foi um professor que marcou muito a minha perspectiva sobre a Psicologia, Psicanálise e Psicossomática. Ao fazer com que os alunos se interessem, estudem, leiam, procurem saber mais e procurem ser melhores. Fez sentir-me como uma pessoa e que alguém do outro lado que estava interessado em ensinar-me, em ajudar-me a tornar um bom profissional.

Agradeço ao Prof. Carlos Ferreira pela sua disponibilidade e apoio, mesmo com condições difíceis e desencorajadoras, procurou ajudar-me a concluir este trabalho. Aprendi muito sobre uma área que sabia pouco, ou quase nada. Foi um prazer ter sido iniciado nesta área tão vasta e tão interessante, na qual pretendo continuar a investir e a procurar mais respostas.

Agradeço ao Dr. Miguel Faria e ao Dr. Bartolomeu Rossiñol pelo apoio e conhecimentos que proporcionaram. Foram essenciais, em muitos momentos, para o sucesso deste trabalho.

Agradeço ao Dr. Paulo Sargento Santos pelo suporte e atenção, enriquecendo o meu trabalho e proporcionando uma maior compreensão sobre alguns temas fundamentais para a realização do trabalho.

Agradeço ao Prof. António Mendes Pedro por ter proporcionado vastos conhecimentos nesta área e por continuar a motivar-me nesta área, permitindo com que os meus conhecimentos se tornem mais variados e profundos sobre áreas que cada vez me fascinam mais.

Um especial agradecimento à influência determinante do meu pai sobre a minha forma de encarar a Psicossomática e, em particular, este trabalho.

Agradeço aos meus pais e à minha tia o incondicional e constante apoio que me deram ao longo deste trabalho.

A todos quantos participaram como sujeitos desta investigação pela generosidade da sua colaboração.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. O Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

1.1. Caracterização Clínica

O Lupus Eritematoso Sistémico (LES), segundo, Antunes et al. (2004), é uma doença auto-imune de causa desconhecida, multissistémica, caracterizada pela produção de auto-anticorpos múltiplos, dirigidos contra vários componentes celulares (núcleo, citoplasma, desoxiribonucleóticos, histonas, membrana celular), originando uma inflamação estéril a nível dos tecidos conjuntivos (cutâneo, articular, renal e vascular) (Peryl et al., 1998, citado por Rocha e colaboradores, 2001).

O LES é caracterizado (PATHOS, 1998) por exacerbações e remissões imprevisíveis com variadas manifestações clínicas, envolvendo múltiplos órgãos, mas com predilecção para o envolvimento das articulações, pele, rins, sistema vascular, fígado, cérebro, membranas serosas, pulmão, coração e tracto gastrointestinal.

Para Rocha (1996) o LES é uma doença disseminada, auto-imune, espontânea, caracterizada pela hiperprodução de auto-anticorpos de especificidade variada. Alterações da fisiologia de populações de linfócitos B e T produzem um aumento de actividade das células B, induzindo, conseqüentemente, hiperglobulinémia resultante de anticorpos. A autora refere ainda que o LES se caracteriza por uma grande diversidade clínica e serológica, podendo afectar qualquer órgão do corpo.

Sendo uma doença crónica com surtos de agudização e fases de remissão e que pode atingir vários órgãos, o lupus pode gerar vários quadros clínicos, numa real ameaça à integridade física, podendo mesmo tornar-se fatal (Stoll et al., 2001; Boomsma et al., 2002).

A incidência nas mulheres é de 90 % dos casos em relação aos homens (Nascimento, 2000; Dickens et al., 2005). A sua incidência é preferencialmente no período fértil, cuja faixa etária varia dos 13 aos 40 anos de idade (Nascimento, 2000).

Para Ballone et al. (2002), o LES ocorre de dez a quinze vezes mais nas mulheres do que nos homens.

Não há um padrão clássico dos sintomas no LES: pode afectar qualquer sistema ou órgão em qualquer combinação, produzindo assim uma sintomatologia extremamente complexa. Há, no entanto, uma afinidade para os tecidos conjuntivos (pele, articulações, músculos, coração, rins, pulmões e sistema nervoso central) (Harrison, 1991; Cook et al., 2000).

Peryl et al. (1988, citado por Rocha e colaboradores, 2001), baseado na American Rheumatism Association, refere como critérios de diagnóstico do LES, os seguintes: erupção cutânea discóide (ou exantema discóide), erupção cutânea malar (ou exantema malar), fotossensibilidade, úlceras da mucosa oral, artrite não erosiva, serosite, inflamações pleurais ou pericárdicas, alterações a nível renal, neurológico, hematológico, anemia hemolítica, célula LE positiva ou anticorpo anti-DNA e presença de anticorpos anti-nucleares (ANA).

Segundo Ballone et al. (2002), o melhor teste de laboratório para dar o diagnóstico do LES é o chamado Teste de Factor Anti Nuclear (ANA).

Os critérios de classificação do LES pelo ACR (Costa e colaboradores, 1994) mais utilizados foram: a artrite, o rash malar, as ulcerações orais, as alterações hematológicas (sendo a leucopénia a mais frequente), a presença de anticorpos antinucleares e de anticorpo anti-DNA nativo.

As manifestações clínicas do LES são variáveis, podendo comprometer qualquer órgão ou sistema, sendo necessário uma avaliação cuidadosa e sistemática para determinar a extensão e gravidade da doença (Nieto Rey, 1991; Leak & Isenberg, 1989).

A apresentação inicial do LES, pode mostrar, fadiga, febres baixas, problemas de pele e inflamação das articulações (“aching joints”) (Parke & Rothfield, 1988). Com a evolução da doença, os doentes apresentam sintomas de artrite, atralgias, febre, perda de peso, edema facial e rash malar. Em fases mais avançadas o sistema imune pode causar danos graves em alguns órgãos, como por exemplo, nos rins, fígado, coração, pulmões, no sistema gastrointestinal, nos olhos, coluna vertebral e cérebro (Parke & Rothfield, 1988; Hochberg, 1990).

O LES pode ter algumas repercussões sobre a imagem corporal dos pacientes, tais como: alopecia parcial ou total; lesões cutâneas que, por vezes, podem deixar a pessoa desfigurada; permanentes dores articulares e grande fadiga que os impedem de trabalhar, ou ter uma vida sexual normal; aumento de gordura abdominal, aumento generalizado de peso; agravamento da doença pela exposição ao sol, tendo os pacientes de restringir as suas roupas e a gravidez é desaconselhável (Nascimento, 2000; Waterloo et al., 1998).

Cerca de 80% dos doentes apresentam inicialmente manifestações cutâneas e articulares, surgindo com menor frequência as anormalidades renais, achados serológicos anormais, distúrbios psiquiátricos, pericardite, pleurisia, dor abdominal e febre (PATHOS, 1998; Waterloo et al., 1998).

A depressão é o sintoma de maior ocorrência nos doentes com lupus. Esta pode revelar-se através da fadiga, das perturbações do sono, numa reactividade somática extrema aos acontecimentos externos e nos sentimentos de desvalorização (Brás, 1997; Waterloo et al., 1998; Stoll et al., 2001). Muitos doentes recusam-se a admitir que poderão estar em

depressão, negando com veemência sentimentos de intimidação e infelicidade, entre outros. Este grupo de indivíduos apresenta uma depressão “disfarçada”, resistindo à noção de stress emocional e substituindo-o por vários sintomas físicos (Shapiro, 2000, citado por Rocha e colaboradores, 2001).

Para Nascimento (2000), “a depressão dificilmente não está presente e, por vezes, apresenta-se mascarada por atitudes reactivas da doente”.

De acordo com Ballone et al. (2002), “também é importante o envolvimento orgânico no Lúpus, como é o caso do cérebro, coração, rins, etc.... Tudo isso pode, seguramente, levar a um estado depressivo importante”.

Segundo Kelly e Rogers (1995, citados por Wallace & Hahn, 2001), “a depressão pode ser o primeiro sinal da influência do sistema nervoso central no LES”. Giang (1991), usando entrevistas estruturadas, verificou que a prevalência de depressão em doentes com LES era cerca de 50 %.

Para Dickens et al. (2005) a depressão pode ser uma perturbação psiquiátrica preexistente e primária; uma reacção ao facto de se ter uma doença crónica e, muito possivelmente, uma manifestação directa do sistema nervoso central do LES.

Dickens et al. (2005) referem que a ansiedade é muito comum nestes doentes, muitas vezes interpretada como uma reacção à doença. A causa da ansiedade é controversa, tal como acontece com a depressão, não se sabe se esta é atribuída ao envolvimento directo do sistema nervoso central ou simplesmente a uma reacção a uma doença crónica.

Num estudo realizado por Costa e colaboradores (1994), a depressão (20%), que se diagnosticou principalmente durante o curso da doença, foi uma manifestação neuropsíquica relativamente comum. A psicose surgiu apenas num doente.

A sequela neuropsiquiátrica comum nesta patologia costuma incluir: psicose, alterações do humor, perturbações da ansiedade, ataques de coração, neuropatias cranianas e

periferais (“cranial and peripheral neuropathies”) (Breshnihan, 1982; McCune & Golbus, 1988; Dickens et al., 2005).

A presença de comorbilidade psiquiátrica, exceptuando alguns casos, pode dever-se a factores psicológicos e ambientais. Por exemplo, o curso imprevisível e altamente variável do LES pode provocar sentimentos de incerteza e de perda de controlo; a exacerbação da doença pode levar à perda de independência e ao medo de morte; a ansiedade e a depressão podem estar relacionadas com o facto de se lidar com uma doença crónica e com a experiência de uma crescente incapacidade; as alterações corporais podem tornar a pessoa mais vulnerável e originar problemas com a auto-estima.

1.2. Fisiopatogenia

Uma das funções primordiais do sistema imunológico é defender o organismo contra invasores estranhos, potencialmente prejudiciais para o corpo, como vírus e bactérias. A sua forma de intervenção, num primeiro momento, reconhece tais substâncias, ou antígenos, e, posteriormente, responde de forma a removê-las do corpo.

Numa resposta imunológica normal, as células B detectam os antígenos estranhos e ordenam a produção de anticorpos. As células T cooperadoras ordenam a produção posterior de anticorpos para eliminarem os antígenos. As células T supressoras informam as células B para suspenderem a produção, quando o anticorpos tiverem cercado ou destruído o antígeno.

Contra o que é normal, numa reacção auto-imune, o sistema imunológico reconhece as próprias estruturas e ataca-as, dando origem às doenças auto-imunes. Dito de outra forma, é o fracasso da tolerância do próprio. A tolerância ao si é adquirida à custa da

eliminação constante de milhares de linfócitos T auto-reactivos, desde o nascimento ao longo da vida (Perrin, 1997).

Em princípio, o fracasso da tolerância pode-se explicar por vários mecanismos: activação dos linfócitos auto-agressivos sem que intervenham os T cooperadores específicos, falha dos linfócitos T supressores, auto-representação de antígenos e intervenção do sistema idiotipo-antiidiotipo.

A auto-imunidade ocorre quando as células B confundem as células do próprio organismo com antígenos estranhos e criam anticorpos que atacam uma variedade de células saudáveis. Assim, as células T supressoras não conseguem parar a produção de anticorpos pelas células B. Quando o auto-anticorpo e o antígeno errado se encontram, estes extraem complementos ou proteínas que circulam, para fora do corpo e formam uma molécula grande chamada o complexo imune. Este grande complexo obstrui diferentes vasos sanguíneos e articulações dentro do organismo. O resultado é a inflamação de qualquer órgão ou sistema do corpo, incluindo articulações, pele, ossos, membranas serosas (que envolvem os pulmões, o coração ou o abdómen), rins, sistema cardiovascular e cérebro (Lahita, 1987, citado por Kostyack, 1995).

Para Ballone et al. (2002), “as doenças auto-imunes são aquelas causadas por uma resposta inadequada do sistema imunológico, o qual passa a reagir contra órgãos, tecidos ou células do próprio corpo, causando a sua destruição”.

Segundo Cohen & Cook (1986), a auto-imunidade surge quando um organismo biológico compromete a sua própria integridade, pois, ao identificar (erradamente) as suas próprias partes como sendo estranhas em vez de as reconhecer como suas, procura eliminar estas partes não reconhecidas.

No sistema imunitário existe um mecanismo que possibilita às células o reconhecimento dos constituintes “estranhos” e “próprios” (Weir, 1988).

Será importante, em relação às doenças auto-imunes, saber como ocorre o colapso do mecanismo normal de controlo, com a inerente incapacidade de manter o reconhecimento dos constituintes corporais próprios.

Este mecanismo pode ser desencadeado por três vias. A primeira envolve a evasão à normal tolerância aos antígenos “próprios”. Na segunda os mecanismos de tolerância colapsam. Na terceira alternativa ocorre a estimulação de uma população auto-reactiva aquiescente e já existente de linfócitos B.

Em relação à primeira situação, a evasão aos mecanismos imunitários pode assumir duas formas: a) antígenos sequestrados – a inacessibilidade das células do sistema imunitário a um determinado antígeno do corpo, porque este se encontra oculto no interior de células ou tecidos. Exemplos disso são os antígenos do esperma e o antígeno cristalino do olho; b) a alteração de um antígeno tecido provocada por um composto químico, um fármaco ou um agente infeccioso.

A segunda categoria envolve as alterações dos processos celulares que determinam a manutenção da tolerância normal. Estas alterações poderão ser uma consequência do efeito directo sobre os tecidos linfóides de um composto químico, fármaco ou agente infeccioso. Também é possível que a perda de controlo da tolerância normal seja devida a um defeito herdado ou a uma perda da eficácia da população de células linfóides.

Relativamente à terceira alternativa, as células T supressoras podem impedir o estabelecimento da auto-imunidade no animal normal, através do reconhecimento dos determinantes idiotípicos das imunoglobulinas anti-“próprios” expressas na superfície da célula B. Poderá acontecer que um defeito destas células T supressoras permita a sobrevivência deste tipo de células B e a produção de imunoglobulina anti-“próprio”.

Na auto-imunidade actuam cinco das reacções de hipersensibilidade; só a reacção do Tipo I não actua. Interessa-nos particularmente a reacção do Tipo III, em que os

imunocomplexos constituídos por antígenos nucleares e os auto-anticorpos correspondentes são responsáveis pela nefropatia e outras lesões do lupus eritematoso.

O LES está relacionado com um controlo reduzido das células T supressoras sobre as células B (Levy, 1982). Segundo o autor, a falha das células T supressoras é o factor principal das doenças auto-imunes.

Sabe-se (Santos, 2001) que o aparecimento das manifestações do LES se deve a uma resposta imunológica anormal, quer celular, quer humoral. Esta resposta anormal conduz à formação de auto-anticorpos e de complexos imunes, muitos deles dirigidos para macromoléculas celulares, sem especificidade de órgão (Purandare et al., 1999). Este aumento da produção de auto-anticorpos parece dever-se à função alterada das células T e B e da própria função antigénica (Kammer e Mishra, 2000).

Segundo Ballone et al. (2002), devido a uma desordem imunológica, como, por exemplo, a produzida no LES, o sistema imunológico perde a habilidade de diferenciar os corpos estranhos (antígenos) das células do próprio organismo e passa a direccionar anticorpos contra essas células. Estes anticorpos dirigidos anormalmente contra o próprio organismo são chamados de auto-anticorpos.

Para Ballone et al. (2002), “quando se junta o anticorpo com o elemento do próprio organismo, que indevidamente irá combater, seja uma célula, uma proteína, etc., forma-se um conjunto anticorpo-qualquer coisa que se denomina imunocomplexo”. E, realmente, são estes imunocomplexos que acabam por se depositar e crescer nos diversos tecidos do organismo, causando todo o tipo de lesões.

Patogenicamente, o LES (Câmara e col., 2001) caracteriza-se por uma hiperreactividade das células T e B, com produção de auto-anticorpos com especificidade para determinantes antigénicos e anomalias das células T. Os tecidos e as células são lesados

através da deposição de auto-anticorpos e complexos imunes patogénicos, células T, citocinas, quimoquinas e outras moléculas inflamatórias (Wallace & Hahn, 2001).

A presença de auto-anticorpos no organismo é algo que também se observa em indivíduos normais, sem patologia, e em indivíduos com outras doenças, sem ser o LES, isto é, a presença de auto-anticorpos não é uma especificidade desta doença (Ferreira, 1998; Wallace & Hahn, 2001).

“O sistema imunológico produz anticorpos que reconhecem as estruturas do próprio” (Ferreira, 1998). A explicação para esta afirmação pode ser dada se se considerarem os auto-anticorpos naturais como um acessório do sistema imunológico. Por outro lado, poderia supor-se que, se os auto-anticorpos naturais existem, é porque são necessários. Assim, o sistema imunológico não só reconhece antígenos do meio ambiente externo, como também do seu próprio meio interno: abandonando a ideia que o sistema imune ignora o próprio ou que é activado apenas quando estimulado por antígenos estranhos ao seu meio interno.

As características estruturais e propriedades fisiológicas de auto-anticorpos patogénicos e de imunocomplexos são conhecidas, mas ainda não se sabe se as diferenças entre indivíduos com LES e indivíduos normais são quantitativas ou qualitativas (Wallace & Hahn, 2001).

A origem da produção destes auto-anticorpos continua pouco clara, mas admite-se que existam dois processos principais: 1- a activação policlonal de células B, na qual os linfócitos B produtores de anticorpos são estimulados de modo relativamente inespecífico; 2- a resposta imunológica é especificamente orientada pelos próprios antígenos, resultando uma população de anticorpos mais homogénea e com maiores afinidades para os antígenos orientadores. Estes antígenos “incitadores” poderiam ser autólogos, isto é, próprios do indivíduo que por qualquer razão (infecção, luz solar,

outros factores ambientais) se alteram tornando-se imunogénicos, ou seja, exógenos, mas semelhantes aos constituintes normais do indivíduo.

Os auto-anticorpos medeiam a lesão tecidual através de dois mecanismos: 1- resposta inflamatória mediada por imunocomplexos, sendo exemplo a glomerulonefrite; 2- disfunção celular medida pelos próprios auto-anticorpos, sendo exemplo as citopenias auto-imunes e o síndrome antifosfolípido.

Embora existam autores (Holmberg & Coutinho, 1985; Cohen & Cook, 1986; Schwartz, 1986) que consideram a auto-imunidade patológica como resultado de alterações na produção dos auto-anticorpos naturais, também existe evidência considerável de que estes auto-anticorpos não específicos de órgão não são os principais factores patogénicos, uma vez que, como já se referiu, eles não são específicos da doença, não estão presentes em todos os casos de LE.

Varela e colaboradores (1991) mostraram que a dinâmica dos auto-anticorpos dos indivíduos auto-imunes é diferente da dos indivíduos normais. Nos últimos a concentração de anticorpos naturais apresenta flutuações caóticas, enquanto que em indivíduos doentes essas flutuações são aparentemente estocásticas e, em alguns casos, têm uma ritmicidade marcada.

Desta forma o LES pode ser classificado como uma doença dinâmica, ou melhor, que tem uma ritmicidade marcada.

Existem outros factores imunológicos importantes de se referir. Aparentemente, no LES, existe um desequilíbrio entre linfócitos T e B, com depressão da imunidade celular e com resposta hiper-reactiva dos anticorpos humorais, possivelmente relacionada com excesso de células T indutoras ou defeito de células T supressoras, apesar de todos os tipos de células T estarem reduzidos e a sua função estar enfraquecida.

A relação de factores genéticos, possível infecção viral e depressão de imunidade mediada por células levou à sugestão de que os factores genéticos podem permitir a replicação viral no timo e nas células T, induzindo lesão nestas células e, conseqüentemente, imunidade celular deficiente.

Portanto, existem dois fenómenos centrais na imunopatogénese do LES, não se sabendo ao certo qual é o mais importante e o principal: por um lado, a presença de auto-anticorpos, e por outro lado, a depressão do sistema imunitário.

Segundo Wallace & Hahn (2001), os indivíduos que desenvolvem o LES têm duas grandes características: podem produzir auto-anticorpos patogénicos, complexos imunes e células T; e não conseguem regular a produção e remoção de auto-anticorpos, complexos imunes e células T activadas.

Para Nascimento (2000), no LES ocorre uma falência no reconhecimento de certas estruturas orgânicas, ou seja, no self, apresentando alterações imunológicas, caracterizadas pelo aumento da produção de auto-anticorpos (células B) que reagem a componentes nucleares, citoplasmáticos e aos da membrana nuclear, entre outros. Desta forma, tornam-se auto-antígenos, gerando uma auto-agressão ao próprio organismo. Observa-se também a depleção das células T e a redução das células T supressoras.

Nesta patologia, é provável que exista uma interacção entre a múltipla susceptibilidade genética e agentes ambientais, activando, desse modo, os linfócitos T e B, o que pode conduzir à produção de auto-anticorpos patogénicos e de imunocomplexos (Wallace & Hahn, 2001). Pensa-se que a hiper-reatividade dos linfócitos B e T, particularmente dos primeiros, leva à produção excessiva de auto-anticorpos e de imunocomplexos (Wallace & Hahn, 2001). Em situações normais ou mesmo em casos de doença, como infecções virais, as células B auto-activas produzem uma variedade de auto-anticorpos naturais que não causam doença auto-imune ou prejuízo dos tecidos.

Como já se referiu, pode existir, em indivíduos saudáveis, a presença de auto-anticorpos. No entanto, os doentes com LES estão mais susceptíveis a terem danos devido aos auto-anticorpos e aos complexos imunes. Esta situação pode resultar da capacidade para produzir subsets que são prejudiciais ao organismo e/ou da incapacidade de regular, apropriadamente, células B e células T cooperadoras hiper-activas. Assim, a exposição prolongada a quantidades elevadas de auto-anticorpos e de imunocomplexos leva a danos nos tecidos.

A produção de auto-anticorpos parece estar relacionada com a hiper-actividade das células B, que muitas vezes respondem a auto-antígenos com os quais têm pouca afinidade (Wallace & Hahn, 2001). Os anticorpos auto-reactivos provêm de células B auto-reactivas, mas o mecanismo envolvido na preservação destas células B auto-reactivas não está bem definido (Wallace & Hahn, 2001).

Para Wallace & Hahn (2001) a patogénese da doença pode depender de anomalias da imuno-regulação.

No LES os auto-anticorpos estão presentes em grande quantidade (Ferreira, 1998). O sistema imunitário faz a regulação das agressões dos auto-anticorpos e, por vezes, até produz anticorpos para controlar estes auto-anticorpos. Em alguns casos do LES são os auto-anticorpos que atacam as estruturas do próprio organismo, mas não se sabe se a presença dos auto-anticorpos é causa ou consequência da doença (Ferreira, 1998). Por outro lado, o outro mecanismo é a depressão do sistema imunitário, em que as células T supressoras não têm um controlo sobre as células B, havendo uma produção em excesso de anticorpos que atacam as estruturas. Quer estes anticorpos quer os auto-anticorpos produzem imunocomplexos que vão criar inflamação nos tecidos e órgãos

1.3. Etiopatogenia

1.3.1. Introdução

Soares (1996) alega que a causa do lupus é desconhecida, sendo difícil estabelecer a sua incidência. Poderão existir variações geográficas, mas as fontes nem sempre coincidem. Consideram-se factores predisponentes ou precipitantes: a hereditariedade, factores hormonais, as radiações ultra-violetas, infecções inter-recorrentes e o stress.

Nomeadamente em relação às hormonas sexuais, estas contribuem para a patogénese do LES. As hormonas femininas parecem influir profundamente sobre a resposta imunológica do LES; em geral, o estrogénio e a testosterona reduzem as respostas do anticorpo.

Costa e colaboradores (1994) sugere que as hormonas sexuais têm um papel na expressão clínica da doença devido ao facto de haver uma predominância do sexo feminino nos doentes.

Não parece existir um perfil psicológico característico destes sujeitos, ou seja, não nos parece possível estabelecer e isolar um “terreno psíquico” único que favoreça o aparecimento do Lupus, uma vez que quer as manifestações psicopatológicas, quer os factores de personalidade, bem como os factores ambientais “desencadeantes”, parecem, apesar de uma certa predominância e convergência de alguns, muito diversificados e variáveis de pessoa para pessoa.

Santos (2001) refere que existe uma susceptibilidade genética para o LES, mas os factores ambientais podem influenciar a sua expressão (Gulko & Winchester, 1999): parece que a idade e a origem geográfica do indivíduo têm uma acção importante na forma de apresentação e na própria evolução da doença (Ballou et al., 1982).

A etiologia e patogénese exacta do LES continua desconhecida, mas admite-se que seja multifactorial, com envolvimento de factores genéticos, imunológicos, ambientais, hormonais, virais, entre outros (PATHOS, 1998; Parke & Rothfield, 1988).

1.3.2. Factores psicológicos

Dupard e seus colaboradores (1990, citado por Mendes, 1994), num estudo com mulheres com doenças auto-imunes, concluíram que as mulheres do grupo das colagenoses (de que o lupus faz parte) apresentavam uma acentuação das características de reserva e autodepreciação (que se traduzia por sentimentos de inferioridade ou vergonha perante outros, tendência à submissão e vontade de afastamento perante os outros), de hiperconformismo e amabilidade (que se traduziam no desejo de agradar aos outros e de lhes satisfazer os desejos, considerando os outros gentis, sendo incapazes de exprimir um desacordo).

Otto e Mckey (1976, citado por Mendes, 1994) afirmam que a privação emocional em sujeitos com LES é comum. Maclary, Meyer e Weitzman (1955, citado por Mendes, 1994) referem que os lúpicos têm tendência a minimizar a importância da perda de um parente próximo, a rejeição dos desejos infantis da passividade e da segurança envolvente, a independência hipercompensada, a hiperactividade e o comportamento agressivo, devidos em parte aos sentimentos de culpa recalcados.

Nalguns estudos publicados, os autores concluem que os lúpicos frequentemente regridem, tornam-se dependentes, deprimem-se, têm sentimentos de inferioridade, vergonha, tendência à submissão, hiperconformismo e evitamento do conflito (Mendes, 1994).

O LES é uma doença em que se verifica uma forte correlação entre os acontecimentos de vida “stressantes” e o desencadeamento ou a exacerbação da doença. Por isso, os doentes com LES utilizam predominantemente os mecanismos de defesa com que se lida com conflito, por forma a dirigir a agressividade contra si mesmos e, com maior frequência, a negação, denegação, formação reactiva e repressão. Com menor frequência são utilizados os mecanismos projectivos em que os objectos externos são vivenciados como destruidores ou persecutores (Mendes, 1994).

Para Nascimento (2000) é importante ter em consideração no papel patogénico que as situações de perda, luto, crise e separação, podem ter em relação ao surgir e à evolução de várias doenças infecciosas, auto-imunes, neoplásicas, assim como no agravamento de doenças agudas e crónicas.

Reiter (1983, citado por Brito, 1998) enumera os factores encontrados na personalidade dos doentes com LES:

- O ego é dominado por impulsos auto-destrutivos;
- Há um comportamento conformista para lidar com as tendências internas de destruição;
- Incapacidade para descarregar impulsos agressivos;
- Sentimentos de baixa auto-estima.

É muito difícil saber ao certo se os factores psicológicos são consequência ou causa desta patologia. Se em alguns casos parece existirem características da personalidade comuns em alguns doentes, noutros casos, essas mesmas características não se observam.

Será que os factores psicológicos são causa ou consequência do LES?

1.4. Síntese

Nas doenças auto-imunes em geral, e no LES em particular, existe uma resposta patológica do sistema imunitário. Este acaba por falhar na sua função primordial de defender o organismo. Assim, as células B vão confundir as estruturas e tecidos do próprio corpo por antígenos perigosos para o corpo, reagindo a estes. Então, por um controlo reduzido das células T supressoras sobre as células B, estas vão continuar a produzir anticorpos, de forma excessiva, que continuam a atacar as estruturas e tecidos do organismo.

Outra visão abordada é a da presença de auto-anticorpos nos indivíduos normais, sendo que em indivíduos “lúpicos” existe uma produção excessiva destes auto-anticorpos, acabando estes por atacar o próprio organismo e as suas estruturas e tecidos. Também foi observado uma ritmicidade marcada destes auto-anticorpos.

A formação do complexo imune faz com que se desencadeiam processos inflamatórios em vários órgãos e sistemas.

Pode-se dizer que no LES, as interações entre a susceptibilidade genética e os factores ambientais levam a respostas imunes anormais. Essas respostas consistem em células T cooperantes e células B hiper-reactivas, acompanhada de activação policlonal e estimulação específica antigénica para os dois tipos de células. Os mecanismos que regulam e que cessam estas respostas hiper-reactivas estão comprometidas no LES. O resultado desta resposta imune anómala é a produção de auto-anticorpos, que podem formar imunocomplexos. A deposição de auto-anticorpos e imunocomplexos patogénicos nos tecidos inciam o princípio das lesões que são características do LES.

Segundo Filho (1996, citado por Nascimento, 2000), “uma doença como o lúpus, que tanto pode modificar a imagem corporal do paciente, assim como alterar a sua vida de

relação consigo e com o mundo, é importante e origina sempre feridas narcísicas com redução da auto-estima e surgimento de sentimentos de autodepreciação”.

2. O LES e a Psicossomática

A bibliografia entre psicopatologia e LES é escassa e pouco aprofundada. Parece, por isso, ser relevante reflectir sobre algumas ideias sobre psicossomática e procurar possíveis relações com o LES.

Muitos autores afirmaram a existência de uma ligação entre o corpo e a mente; a Psicossomática procura explicar essas ligações e tenta compreendê-las.

No texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” (1914), Freud diz que, no caso de uma doença orgânica, ocorre uma retirada dos investimentos libidinais dos objectos de volta para o Eu, sendo essa retracção ocasionada pela modificação do Eu (a doença orgânica). Em “O problema económico do masoquismo” (1924, citado por Guir, 1988), Freud afirma que a doença orgânica seria tomada como uma “punição do destino”, com abandono da neurose, e servindo para a manutenção de certa dose de sofrimento. Trata-se, neste caso, da aprovação do sofrimento causado por uma doença orgânica para a finalidade do masoquismo. Não importa para este de onde vem o sofrimento, se de uma neurose ou de um sofrimento orgânico, pois tudo o que interessa é manter uma certa dose de sofrimento.

Uma primeira hipótese formula que no LES, parece haver uma disfunção que faz com o sistema imunitário ataque o próprio, as suas estruturas e tecidos. Não se sabe ao certo, como já se referiu, porque acontece este tipo de reacção. No entanto, é uma reacção muito punitiva e destrutiva, não sendo direccionada a um órgão, mas sendo sistémica, o que provoca muitas e graves complicações. Parece haver uma punição a nível orgânico, parecido a uma automutilação. Mas, enquanto a automutilação, muitas vezes, é um acto consciente que danifica o corpo, este tipo de “mutilação” parece ser algo inconsciente,

um masoquismo inconsciente, dirigindo a agressividade para o próprio. Não existe, pois, uma autoculpabilização consciente, parece ser algo inconsciente que o indivíduo interioriza e que se expressa no seu corpo, sendo o seu sistema imunitário o seu “xizato”: tal como numa automutilação, em que se usa um objecto cortante, o sistema imunitário funciona como esse objecto cortante e prejudicial para a saúde.

Esta disfunção no sistema imunitário (acabando este por atacar as células, órgãos e tecidos do próprio organismo) pode relacionar-se com a introjecção da malignidade, um mecanismo frequente em pacientes deprimidos. Mas no caso dos doentes com LES, esta introjecção não é feita a nível psicológico, mas sim a um nível orgânico, em particular, a um nível imunológico. Esta alteração do sistema imunitário pode simbolizar esta culpabilização do próprio, como se o indivíduo fosse mau.

Relacionada com esta hipótese, outra pode emergir, nestes doentes, pode existir a interiorização de maus objectos, acabando por sentirem que existe algo de “mau” dentro deles.

Coimbra de Matos (1999a) refere que: “a pessoa predisposta à patologia psicossomática não foi ou foi insuficientemente investida como indivíduo único e excepcional, desde o princípio, pelos pais (...) Não recebeu aquele olhar apaixonado que cria a beleza do rosto, a coesão do self e a intencionalidade do eu”.

Por outro lado, não existe um reconhecimento das células do próprio corpo, não existe diferenciação do que é próprio e do que não é próprio. Esta situação pode implicar uma confusão de identidade: não existe uma identidade ou uma diferenciação do outro. O indivíduo não consegue diferenciar o que é seu, do que não é seu, o que pode remeter para uma relação fusional com o objecto. Assim, o doente com LES poderia estar num estado de indiferenciação tão grande, e confuso, que o indivíduo deixaria de ser, ou nunca foi.

Outro aspecto importante desta doença é que o sistema que devia defender o organismo ataca-o, destruindo-o. Uma das funções do sistema imunitário é proteger, defender o organismo contra as ameaças externas; uma função semelhante à da mãe em relação ao bebé: o sistema imunitário falha na sua função, se calhar, a mãe também falhou nesta função, e não foi capaz de proteger o seu bebé, que agora se tornou adulto e tem uma doença.

Segundo Groddeck (1921, citado por Dunbar, 1976), todas as doenças servem o propósito de representar simbolicamente um conflito interno e podem actuar proporcionando uma de três opções: a resolução do conflito, o seu recalçamento ou a percepção da tomada de consciência desse conflito (Lipowski, 1986).

Outra hipótese é que poderá acontecer algo semelhante no LES: haver um recalçamento do conflito interno que acabe por ser expresso em termos de uma doença orgânica. O LES tem características interessantes como, por exemplo, os auto-anticorpos, que também existem em indivíduos normais, serem uma das causas da doença, através da criação de complexos imunes. Parece existir uma reacção ao próprio, um ataque ao próprio feita pelo sistema que protege o próprio. Assim, através de algo que se passa a nível orgânico há um sinal de alerta ao indivíduo de que algo está mal.

É de fundamental importância abrir espaço para compreender que a situação do conflito, seja do indivíduo consigo mesmo, seja do indivíduo com a circunstância à qual está submetido – geradora de emoção – é suficiente para “originar transtornos funcionais, e estes, se repetidos e persistentes, alternam a vida celular acarretando a lesão orgânica e suas complicações”.

A emoção é um fenómeno que ocorre simultaneamente ao nível do subsistema do corpo e ao nível do subsistema de processos mentais. Aquilo que ao nível dos sentimentos é medo, raiva, dor, tristeza, alegria, no corpo, concomitantemente, expressa-se através de

modificações, no subsistema somático, através de funções motoras, secretoras e de irrigação sanguínea (Barbosa e Cordeiro, 1986).

Franz Alexander diz que o conflito psíquico central de determinada personalidade conduziria, por desvio específico da dinâmica mental, a particulares formas de adoecer somático. Esta ideia vai de encontro ao exposto no parágrafo anterior.

Para Nascimento (2000), “as funções fisiológicas sofrem influências de conflitos emocionais que o indivíduo não consegue solucionar psiquicamente, favorecendo, assim, o aparecimento de sintomas somáticos. Todo o sintoma tem um significado particular para quem sofre e é uma forma não-verbal de comunicação, um sinal de alarme ou pedido de ajuda”. O sintoma é utilizado pelo ego como uma válvula de escape para alívio de determinadas problemáticas emocionais, mas o paciente não dá conta da sua resolução.

Ruesch (1948, citado por Lolas & Von Rad, 1989) afirma que as pessoas que desenvolvem doenças psicossomáticas são mais imaturas (personalidade infantil), devido a uma paragem no seu desenvolvimento, e que a sua doença resultaria do facto de não conseguirem comunicar a nível simbólico. Assim sendo, estas pessoas seriam incapazes de descarregar a sua tensão através da expressão verbal ou criativa pelo que teriam de recorrer a um nível de comunicação pré-verbal para se expressarem, ou seja, comunicariam através do seu sistema nervoso autónomo.

Um aspecto interessante prende-se com o facto de em indivíduos normais existirem flutuações, nas concentrações de auto-anticorpos, caóticas. Em doentes, com LES, parece existir uma ritmicidade marcada, em alguns casos. Porque será que isto acontece?

Coimbra de Matos (1999a) fala de um aspecto patogénico importante, referindo-se ao doente psicossomático: “à lacuna ou falha narcísica básica ou primária vai o indivíduo

responder por um duplo comportamento: a) submissão e conformismo, por um lado, e, por outro, b) adaptação ao real servida por uma lógica de razão, conveniência e utilidade”. A necessidade de se adaptar à norma, de fazer tudo sobre regras rígidas, parece ser uma característica do doente psicossomático.

A introdução do termo “vida operatória” por Marty (1993), referindo-se a: “um período de vida “automática” a todos os níveis funcionais: o pensamento seria reduzido a uma forma secundária”.

Pode-se colocar a hipótese de em doentes com LES existir esta adesão às normas sociais, como uma adaptação a algo, por haver um vazio. Assim, poderia existir uma dificuldade em aceitar o que é novo, o que é desconhecido, apoiando-se sempre em regras e normas.

Segundo Marty (1993), a depressão essencial, que arrasta o indivíduo para a sua progressiva desorganização, “(...) constitui a essência da depressão, depressão sem objecto, nem auto-acusação, nem mesmo culpabilidade consciente, onde o sentimento de desvalorização pessoal e de ferida narcísica se orienta para a esfera somática e deve ser relacionado com a precariedade do trabalho mental”.

No LES, em certos casos, existe uma depressão do sistema imunológico, em que as células T supressoras não suspendem a actividade das células T e B. No LES, parece haver uma depressão do sistema imunitário, que pode estar relacionada com uma depressão no indivíduo, mas uma depressão como Marty (1993) a descreve. Nesta depressão não existe culpabilidade, pelo menos a um nível consciente. Assim, através do LES, o indivíduo poderia estar a simbolizar o conflito interno que tem, mas que não consegue expressar a nível consciente ou simbólico. A depressão pode servir de sinal de aviso a algo que está mal: perante a ausência de depressão psicológica, surge uma

depressão orgânica, do sistema imunitário, acabando por alertar o indivíduo para que algo se passa com ele.

Coimbra de Matos (1999a) fala de uma depressão em que o “indivíduo não sente a dor, a mágoa, o abatimento, a tristeza, a culpa e a desvalorização”. Citando o autor, “é uma depressão que falhou como sinal e sintoma de alerta para uma situação relacional externa e interna de mortificação e de morte”. É a “depressão falhada”, que também produz mudança, em que não existe uma depressão (psíquica), mas existe um abatimento (depressão) das funções biológicas, “sobretudo ao nível do aparelho imunitário, com perturbação do sistema auto-regulador neuroendócrino e instintivo-afectivo”.

Segundo o autor, é uma depressão que não se organiza mentalmente, que se traduz apenas pela “depressão biológica”, fazendo referência à depressão imunitária, e não por uma depressão clínica propriamente dita. “Este cenário cria uma propensão para o adoecer somático, pois acarreta uma diminuição da reactividade dos sistemas biológicos de adaptação e um abatimento da auto-regulação homeostática e das capacidades de auto-reparação do organismo”.

Nascimento (2000) refere que é importante ter em conta a influência do stress e de determinados estados psicológicos na função imunológica. Segundo a autora, “algumas pesquisas demonstraram que indivíduos com depressão apresentavam maiores índices de déficite imunológico, aumentando, assim, a propensão, o desencadeamento e/ou exacerbação de doenças auto-imunes”.

Embora no LES possa não existir uma depressão clínica, podem haver indícios de depressão, que são expressos a nível corporal.

Segundo Ballint (citado por Nascimento, 2000), certas pessoas lidam com os seus problemas resolvendo-os, outros suportam a tensão que determinada situação provoca, e

outras adoecem. O paciente com LES suporta muita tensão, que advém da sua doença. Esta tensão muitas vezes não é expressa, e fica contida dentro do paciente, não tendo uma forma de exprimir ou de desintoxicar esta tensão.

Outra visão de Coimbra de Matos sobre o doente psicossomático é a existência da raiva falhada: “os sentimentos de frustração, não sendo vividos psicologicamente, acabam por gerar tão-só uma irritabilidade no funcionamento orgânico, por acumulação de tensões sem descarga pelo comportamento dirigido a objectivos; é a “raiva amordaçada” (Matos, 2003).

No LES, em certos casos, existe uma hiper-reactividade das células T, sugerindo um excesso de reacção a algo inofensivo, originando danos nos tecidos e órgãos do corpo. Esta situação pode estar associada a uma raiva não consciencializada e recalcada que, ao não ser expressa a um nível consciente ou simbólico, é expressa a nível orgânico.

Para Coimbra de Matos, o doente psicossomático ignora que precisa do amor do objecto para seu preenchimento estrutural, estruturado e estruturante. Ao ignorar esta necessidade, não procura saciá-la. Assim, há uma raiva imensa, sem finalidade (sem objecto, nem objectivo), raiva sentida como desconforto ou irritabilidade – ou, por vezes, nem sequer sentida. É a raiva livre que está ligada a nada em particular.

Sperling (1968, citada por Foliot, 1995) destaca como um dos factores etiopatogénicos principais a descarga afectiva, através do sistema nervoso vegetativo, sobre os órgãos. Realmente, no doente psicossomático, em vez de existir um acting out, este é substituído por um acting in (Sperling, 1968, citada por Foliot, 1995)

Nesta patologia os mecanismos fisiopatológicos parecem ter uma relação com os mecanismos psicológicos do indivíduo, interinfluenciando-se e determinando-se.

3. A Asma

3.1. Caracterização Clínica

Von Pirquet (citado por Weir, 1988), no início deste século, usou o termo “alergia” para descrever a reactividade modificada de um animal na sequência de exposição a um anticorpo estranho; nesse termo incluía tanto a imunidade como a hipersensibilidade. Segundo Weir (1988), ao longo dos anos, porém, a designação tornou-se mais restrita e passou a enquadrar apenas a hipersensibilidade que pode estar associada ao desenvolvimento da resposta imunitária a uma substância estranha.

A alergia pode ser definida como a capacidade do organismo humano reagir especificamente face à presença de substâncias do seu meio ambiente constituídas como alérgenos após um primeiro contacto sensibilizador.

Esta reacção ocorre aquando da estimulação dos meios de defesa do organismo, usando, como intermediário, o sistema imunitário.

Na asma, (Oom, 2004) como nas outras doenças alérgicas, existe uma sensibilidade muito exagerada em relação a determinadas substâncias (que os médicos chamam de alérgenos), sejam elas componentes da alimentação ou inaladas (como o pó, os ácaros, os pólenes de plantas, o pêlo de cão, os fungos). Na presença destas substâncias, a pessoa desenvolve características de “falta de ar”, pieira (um “assobio” ao respirar) e tosse. Estas reacções ultrapassam a reacção normal de protecção do sistema imunitário.

Na asma, tal como numa reacção alérgica, ocorre uma reacção de hipersensibilidade do Tipo I, em que existe uma reacção excessiva a um antígeno aparentemente inofensivo, como, por exemplo, o pólen. Esta reacção, também denominada anafilática, é uma

reação mediada por substâncias, principalmente, histamina, em células de mucosa respiratória intestinal, da epiderme e em células do sangue (Ballone et al., 2002).

Actualmente (Groen, 1982), o ataque de asma não é considerado como um resultado de um evento local na mucosa e nos músculos lisos da passagem do ar. É produzido por um mecanismo neurogénico que leva à compressão das passagens de ar através de respiração inapropriada ou por um uso desadequado de músculos estriados da ventilação.

A asma é definida como uma perturbação inflamatória crónica das vias respiratórias associada com obstrução da passagem do ar (que pode ser variável, muitas vezes reversível) e hiper-responsividade brônquica a uma variedade de estímulos.

A asma é uma doença inflamatória crónica, que se manifesta por episódios recorrentes de dispneia, pieira, opressão torácica e tosse, associados a hiper-reactividade brônquica e obstrução brônquica reversível (Oliveira e Lopes, 2000).

É uma doença caracterizada por remissões e exarcebações. As remissões espontâneas ocorrem em aproximadamente 20 % dos adultos, e cerca de 40 % dos doentes apresentam melhoras, com ataques menos frequentes e intensos, à medida que vão crescendo (McFadden, 2003).

A asma é a doença crónica mais comum na infância (Morgado et al., 2000). É devida a uma obstrução intermitente reversível das vias aéreas, de intensidade variável, que pode iniciar-se em qualquer altura da vida do doente.

Nenhum teste pode diagnosticar asma por si só com toda a certeza (Oom, 2004). Na maioria dos casos, é o conjunto das manifestações sentidas pela pessoa, do exame médico e do resultado de alguns exames que permite fazer o diagnóstico. Os testes mais falados são os testes cutâneos, as análises de sangue e as provas da função respiratória.

O diagnóstico de asma grave (Hunt, 2002) é habitualmente linear e baseia-se na observação de pieira marcada durante as exacerbações e na documentação de compromisso da função pulmonar durante um ataque de asma.

3.2. Etiopatogenia

As causas da asma são muitas (Morgado et al., 2000), frequentemente interligadas; para além dos factores desencadeantes, existe habitualmente uma predisposição individual ou familiar. Podem ser causas alérgicas (factor desencadeante mais importante), como os ácaros do pó da casa, os pólenes, os alimentos, os pêlos dos animais domésticos, e causas infecciosas, químicas ou irritantes (poluição, insecticidas, detergentes, fumo do tabaco). O esforço e as emoções também podem desencadear ou agravar uma crise asmática.

Há evidência (Falcão, 1995) de que uma percentagem significativa de pais e irmãos de crianças asmáticas têm HRB, o que sugere que a hereditariedade possa ser um factor determinante no seu aparecimento.

Embora os factores genéticos possam tornar a criança mais susceptível, há factores ambientais que parecem ter um papel importante ao aumentar, ou mesmo desencadear, HRB: alérgenos e poluentes inalantes; exposição passiva ao fumo do tabaco; infecções respiratórias.

Não existe uma cura para a asma; o objectivo do tratamento é manter o doente assintomático, de forma a permitir-lhe uma vida normal.

Acredita-se (Guyton, 1989) que, na asma de tipo alérgico, a reacção alérgica ocorra da seguinte maneira: a pessoa tipicamente alérgica tem tendência a formar um tipo anormal de anticorpo, denominado IgE; estes anticorpos causam reacções alérgicas ao reagir

com os seus antígenos complementares. Na asma, estes anticorpos anormais fixam-se principalmente a mastócitos localizados no interstício pulmonar, em estreita associação com os bronquíolos e os brônquios. Quando se inspira um pólen ao qual se é sensível (isto é, contra o qual se desenvolveu anticorpos IgE), o polén reage com os anticorpos fixados aos mastócitos, ocasionando a libertação de várias substâncias diferentes por essas células. De entre estas substâncias, destacam-se a histamina, a substância de reacção lenta da anafilaxia, o factor quimiotáxico eosinófilico e a brandicinina. Os efeitos combinados de todos estes factores produzem: 1) edema localizado nas paredes dos pequenos bronquíolos, bem como a secreção do muco espesso para o lúmen bronquiolar e 2) espasmo do músculo liso bronquiolar. Por conseguinte, a resistência das vias aéreas aumenta acentuadamente.

Falcão (1995) afirma que da fisiopatologia da asma resultam três alterações importantes: obstrução das vias aéreas, alterações da função pulmonar e efeitos cardiovasculares.

A obstrução das vias aéreas é condicionada pelo broncospasmo que caracteriza a doença, apresentando a musculatura lisa da árvore tranquo-brônquica um tónus aumentado em relação à criança normal.

Por outro lado, a reacção inflamatória, levando a um aumento da permeabilidade da mucosa, conduz a um estado de edema, que contribui para a obstrução das vias aéreas que é também agravada pela existência de rolhões de muco, achado patológico muito frequente nestes doentes.

A hiperinsuflação assim resultante diminui a elasticidade pulmonar, facto que, associado ao encerramento precoce das vias aéreas, reforça a obstrução das vias aéreas e do fluxo de ar.

A já bastante conhecida sugestionabilidade do paciente asmático explica o desenvolvimento de crises até por estímulo visual, bem como as curas fantásticas por procedimentos alternativos. Não obstante, como em tantos outros quadros psicossomáticos, há necessidade da presença simultânea de factores de ordem psicológica e biológica (sensibilidade alérgica) para o desenvolvimento da asma brônquica. Aliás, esse tema é bastante propício a reflexões sobre a possibilidade dessa tal “hipersensibilidade” ser, holisticamente, tanto física quanto afectiva nos pacientes asmáticos.

Hoffman & Reinke (1995) diz que a inflamação crónica torna as vias respiratórias hiper-reactivas não só a antígenos específicos, mas também a estímulos, tais como o exercício físico ou a inalação de ar frio.

Durante a crise de asma brônquica, três alterações podem ocorrer nos pulmões (Ballone et al., 2002):

- 1- As células das vias respiratórias segregam mais muco que o normal. Este muco é muito espesso e tende a obstruir as vias aéreas.
- 2- O neuropeptídeo, chamado substância P, é libertado por terminações nervosas na mucosa brônquica.
- 3- As vias respiratórias tendem a inflamar-se, da mesma maneira que a pele se inflama quando se faz uma ferida.
- 4- Os receptores beta-adrenérgicos da mucosa brônquica são estimulados de forma anómala.
- 5- Os músculos das vias respiratórias contraem-se, principalmente os esfíncteres dos brônquios.

Estas alterações acabam por causar o estreitamento das vias respiratórias, o que dificulta a respiração e produz a falta de ar. O ataque de asma brônquica pode começar de

repente, ou pode ser lento, levando dias para se desenvolver totalmente. Estes ataques podem ser graves, moderados ou leves.

Quando há um ataque asmático, a capacidade residual funcional e o volume residual ficam muito aumentados, devido à dificuldade de expelir o ar dos pulmões.

Um ataque de asma (Hoffman & Reinke, 1995) começa com espasmos dos músculos lisos dos pequenos brônquios e dos bronquíolos. À medida que estes se vão estreitando, as trocas gasosas vão-se tornando mais difíceis. O revestimento bronquial entumesce e fica congestionado com o excesso da secreção de muco, contribuindo ainda mais para a obstrução brônquica. Espasmo, congestão e edema provocam os sibilos, a opressão torácica, a dispneia e a tosse, embora nem todos estes sintomas apareçam em todos os doentes.

A asma brônquica não pode ser encarada puramente como resultado de uma resposta alérgica a um antígeno estranho, embora existam casos que se encaixam neste modelo; estes são casos de asma extrínseca (Rackemann & Edwards, 1952; Pearson, 1958).

Alguns pesquisadores (Ballone et al., 2002) puderam verificar uma relativa deficiência de esteróides e catecolaminas (epinefrina e norepinefrina) nos pacientes com asma brônquica, favorecendo, assim, uma resposta bronco-constrictora aos agentes desencadeantes. As crianças asmáticas produzem menos níveis de epinefrina e norepinefrina, essenciais para manter a broncodilatação diante de agentes stressores (materiais ou emocionais). Nesses pacientes os receptores beta-adrenérgicos seriam estimulados de forma anómala, levando, assim, à disfunção do asmático.

Além dessas catecolaminas, tem-se demonstrado o envolvimento de alguns neuropeptídeos nas reacções alérgicas. O principal neuropeptídeo identificado até agora é a chamada substância P, um neuropeptídeo libertado por terminações nervosas na mucosa brônquica e certamente um dos componentes mais importantes nas chamadas

reações asmáticas tardias. Um outro neuropeptídeo, a capsaicina, teria um importante papel nas reações alérgicas caracterizadas por edema e eritema cutâneos, que ocorrem na urticária.

A asma é caracterizada por uma reduzida sensibilidade aos receptores beta-adrenérgicos do tecido muscular liso bronquiolar, dos vasos sanguíneos da mucosa e das glândulas mucosas. Esta sensibilidade diminuída pode ser genética ou adquirida; quando os receptores catecolamínicos-sensíveis são bloqueados, os sintomas asmáticos ocorrem.

Esta doença está relacionada com deficiências nas enzimas. Quando a actividade da adenilciclase é substancialmente reduzida, existe um declínio da resposta catecolaminica e um aumento da constrição brônquica (Jacobs, 1977). A asma está relacionada com o bloqueio adrenérgico e com uma deficiência na mobilização da epinefrina, o que indica um funcionamento inadequado do sistema nervoso simpático e a dominância do sistema nervoso parassimpático (Boushey, 1981).

Esta doença está relacionada com desequilíbrio do sistema nervoso autónomo. O sistema nervoso simpático controla as dilatações dos pulmões e o sistema nervoso parassimpático controla as constrições dos pulmões. O domínio do sistema nervoso parassimpático na asma faz com que a constrição dos pulmões dificulte a saída de ar.

A um nível simplista, um aumento da tensão nervosa ou ansiedade pode conduzir a hiperventilação, o que pode agravar ou precipitar asma. O resultado pode ser um círculo vicioso de mais ansiedade e mais hiperventilação, agravado pelos mecanismos insuficientes das pessoas asmáticas (Gaensler & Lindgren, 1959). Eldridge, Milhorn & Waldnop (1981) mostraram que a hiperpneia pode ser conduzida através de um comando hipotalâmico.

A um nível mais complexo tem de se considerar uma variedade de influências do sistema nervoso central em relação às funções celulares periféricas. Estas influências

afectam quer a preparação para a actividade alérgica através da formação de anticorpos, quer a resposta alérgica por si, acompanhada de reacções inflamatórias.

Actualmente, está demonstrado que o sistema nervoso autónomo age de forma prejudicial para modular a libertação de mediadores (Swedin, 1971; Strong & Chandler, 1972; Hedqvist, 1973).

A via eferente tem a sua sede no hipotálamo, cuja porção anterior inicia a activação do parassimpático e a porção posterior a do simpático. O estímulo eléctrico e a destruição de áreas hipotalâmicas e tuberais em animais em laboratório modificam respostas do sistema nervoso autónomo e também as imunológicas.

O estímulo da hipófise posterior aumenta a secreção de adrenalina pela medula supra-renal. Por outro lado, após infusão de adrenalina e nor-adrenalina marcadas com H³, a excreção de catecolaminas urinárias foi menor em asmáticos do que em indivíduos normais, sugerindo menor disponibilidade dessas substâncias em sujeitos asmáticos (Lemle, 1992).

Mathé (1976) e também Morris et al. (1972) observaram a ausência de elevação de catecolaminas circulantes e urinárias em asmáticos em crises provocadas por stress. Uma possível explicação seria o aumento da captação de catecolaminas pelo pulmão nos asmáticos.

Nas crises asmáticas pode existir um possível bloqueio simpático, além de se observar o aumento da frequência cardíaca e da temperatura cutânea, sugerindo o desencadear de uma crise fight flight, segundo Cannon (Lemle, 1992).

A asma brônquica não é uma situação simplesmente de espasticidade brônquica, ocorrendo também fenómenos inflamatórios brônquicos, peribrônquicos e intersticiais pulmonares. Estes tendem a aumentar a hiper-reatividade brônquica, baixando o limiar do desencadeamento das crises, que se tornam mais frequentes.

Segundo Ferreira (1998), “recentemente um novo e importante conceito surgiu que permitiu olhar o sistema imune não como um sistema autónomo e isolado dos outros sistemas orgânicos, mas integrado com eles”.

Na asma existem alterações quer no sistema imunológico - por uma hiper-responsividade aos alérgenos ocorre uma bronco-constricção das vias respiratórias - quer no sistema nervoso - por um desequilíbrio do sistema nervoso autónomo. O sistema endócrino também está estreitamente implicado neste processo, porque é através das glândulas e da sua estimulação que tudo ocorre.

Assim, estes três sistemas estão interligados, influenciando-se e produzindo alterações uns nos outros.

3.3. Factores Psicológicos

3.3.1. Introdução

Para Sperling (1973), “são vários os factores (extrínsecos e intrínsecos) que intervêm na produção do síndrome complexo da asma”. Um ataque de asma pode ser causado por uma variedade de factores: físico, químico e psicológico - incluindo mudanças de temperatura, infecções, irritações químicas, alérgenos, poeira, más notícias, frustrações e outros perturbações emocionais, como ansiedade e depressão (Dorfman & Cristofar, 1985; Harrison, 1991; Wyszynski & Weiner, 2005).

Existe ansiedade e agitação na família de uma criança com asma, dependendo o seu grau da gravidade da doença. A experiência das crises desencadeia uma vivência de medo e de antecipação de nova crise, angústia e stress que irão depender da frequência e intensidade das crises vividas.

Os asmáticos são caracterizados, na literatura, como sendo mais ansiosos, sérios, tensos, emocionalmente instáveis e mais neuróticos que os indivíduos sem patologia (Agarwal & Sethi, 1978; Saha & Senguput, 1984).

Sharma & Nadkumar (1980) caracterizam os asmáticos como sendo significativamente mais inibidos, apresentarem mais manifestações de agressão encoberta, constrição neurótica e maiores necessidades afectivas e de dependência quando comparadas com as de um grupo de controlo. Estes doentes mostram igualmente maior ansiedade, excessiva dependência da mãe, medos irracionais, sentimentos de culpa e insegurança.

Em 1985, Michel de Boucoud estudou a criança asmática, segundo uma perspectiva psicossomática. Este autor diz-nos que a criança asmática é uma criança na qual as relações integradoras, entre a fragilidade orgânica e a labilidade psíquica, se fazem dolorosamente e que põem em jogo todo um conjunto de defesas para tentar assumir a angústia dos primeiros meses de vida.

Em alguns estudos revistos, enfatizou-se o papel dos mecanismos de defesa no indivíduo asmático, sendo a negação considerado o principal método associado a uma capacidade deficiente para expressar afecto, que pode ir desde uma inabilidade em pensar acerca dos seus sentimentos até quebra ou descontinuidade na personalidade (Jackson, 1976).

O componente emocional pode influenciar “três níveis do quadro asmático: o desencadeamento das crises, a persistência ou agravamento do sofrimento durante as crises ou períodos intercríticos e a resistência ao tratamento” (Lemle, 1992).

Jacobs et. al (1966) encontraram factores imunológicos e psicológicos associados em crises de exteriorização alérgica em 75 % dos seus 41 pacientes.

As crises asmáticas iniciam-se, frequentemente, em situações de forte tensão emocional, com diferentes conteúdos – ansiedade, ódio, medo. As bases neurológicas e

psicodinâmicas da participação de factores emocionais no desencadeamento das crises asmáticas estão firmemente estabelecidas (Lemle, 1992).

Os estudos realizados têm olhado sistematicamente para: 1) caminhos neurológicos putativos na asma; 2) evidências biopsicossociais ligando a asma ao stress, a mudanças sociológicas e a modelos psicológicos familiar e interpessoal; e 3) evidências da eficácia de intervenções behavioristas ou psicológicas na asma (Knapp, 1989).

A asma já não pode ser encarada como um mero resultado de uma resposta alérgica, resultando da exposição a um antígeno estranho. Embora existam casos que se exprimam assim, são casos de asma extrínseca, ocorrendo, na maior parte das vezes, em idades mais precoces (Rackemann and Edwards, 1952; Pearson, 1958). A um nível mais básico, um aumento de tensão ou de ansiedade pode conduzir à hiperventilação, que pode agravar ou precipitar a asma (Knapp, 1989).

Para Ballone et al. (2002), “(...) a asma brônquica é uma das mais frequente relacionadas com a ansiedade e a depressão. A relação psicossomática entre asma e ansiedade deve-se ao facto dos estados de mobilização emocional ou de stress acentuarem significativamente os sintomas da asma. Esses sintomas, no totalmente a falta de ar, acabam por gerar mais ansiedade, completando assim uma espécie de círculo vicioso”. Segundo este autor a asma é desencadeada e agravada pela ansiedade, não sendo uma perturbação primária de ansiedade.

Kinsman, Spector, Shugard e Luparello (1974) afirmaram que uma combinação de elementos fisiológicos e psicológicos é responsável por 97 % dos casos de asma. Os precipitantes originais são infecções e/ou alérgenos. Mas os elementos emocionais são estímulos condicionados: fadiga excessiva, medo, irritabilidade e outras manifestações emocionais podem também causar contrições brônquicas.

3.3.2. Do significado

French e Alexander (1941) hipotetizaram que a asma é um “choro contido”, pela constatação de que as crianças asmáticas choravam menos do que as crianças não asmáticas, em períodos críticos de separação. Alguns doentes afirmaram que chorar, rir e tossir pode levar a um ataque de asma; estes doentes, algumas vezes, procuram não chorar ou rir, existindo dessa forma uma contenção de emoções, uma tentativa de as não manifestarem. Assim, esta incapacidade para chorar ou o silêncio, esta maneira suprimida de chorar, pode reflectir um esforço para tentar prevenir o ataque asmático.

O choro seria inibido por temor ao repúdio por uma mãe percebida de modo ambivalente. A mãe seria percebida simultaneamente como sedutora e rejeitadora, a um tempo desejosa de aconchegar a criança e também de se afastar das suas demandas. Ao mesmo tempo, o pai frequentemente seria percebido como uma pessoa fraca, embora em certos casos possa ser absorvido pela figura dominadora da mãe, formando um conjunto (French e Alexander, 1941). Nesse contexto, a crise asmática poderia ser uma crise de choro reprimido, bloqueado.

A participação de factores emocionais, tais como a ansiedade, a depressão, também é referida por Lemle (1992) como “um factor marcante e bem conhecido”.

Deutsch desenvolve uma hipótese, também advogada por outros, segundo Knapp (1989), que se baseia na ideia de que ocorreriam padrões de expressão específicos, adquiridos inconscientemente. Segundo esta concepção, a crise asmática poderia representar uma conversão, exprimindo conflitos inconscientes não resolvidos em “linguagem corporal”.

Szwec refere (1993) que existem particularidades no comportamento e na relação objectal, que se traduzem por um movimento identificatório profundo e sem limites do

sujeito ao seu objecto. Szwec diz que se pode observar que a criança se identifica de tal forma a cada objecto que os investe como “objecto hospedeiro” de uma relação particular. Aproxima-se o mais possível do objecto, até se confundir com ele, e, deste modo, afasta-se de todos os conflitos. Por vezes, denota-se uma hiperactividade nestas crianças, como se não tivessem introjecções duráveis (ou permanência de objecto) e o remediassem por uma hiperactividade motora.

Sperling (1973) considera a influência de uma relação específica mãe-filho e o papel da fase anal e das fixações anais, como sendo os factores mais importantes na génese da asma brônquica em crianças.

Coolidge (citado por Knapp, 1989) interpreta a asma como uma forma especial de comunicação entre mãe e filho. Jessner et. al (citado por Knapp, 1989) sublinham o conflito existente entre o desejo de funcionar com a mãe e de se separar dela. Mohr e seus colaboradores (1963) mostram-se impressionados pelo uso que a criança faz da asma ao serviço das tensões intrafamiliares, afirmando que “as famílias das crianças asmáticas mostram uma hostilidade aberta até aparecer o ataque de asma”. Abramsom (1961) classifica de “absorventes” as mães das crianças asmáticas.

3.3.3. Da dependência

A dependência é, efectivamente, um dos aspectos mais referidos nos estudos sobre a asma infantil.

A criança asmática sente que a mãe pensa que ela (mãe) é inadequada a atender as necessidades da criança. A criança desenvolve uma estrutura de carácter pseudo madura, que é perpetuada enquanto a mãe mantiver essa forma de suporte. A criança

sente um distanciamento da mãe: assim, a estrutura pseudo-madura colapsa, e este colapso leva a um ataque de asma (Knapp, 1989).

O Instituto de Psicanálise de Chicago sublinhou um conflito nuclear: o paciente asmático tem uma dependência reprimida da mãe, quer ser aceito e protegido pela mãe. As fantasias e sonhos destes pacientes reflectem esse desejo, expressando com muita frequência fantasias intra-uterinas na forma de simbolismo pela água (Knapp, 1989).

Alguns autores falam da atitude ambivalente da criança em relação à mãe. A criança teme a separação e está muito dependente da mãe, e, ao mesmo tempo, ressentida as qualidades dominadoras da mãe e excesso de protecção, e tenta suprimir esse ressentimento.

Para Sperling (1973), a doença do filho está em convivência com os desejos inconscientes da mãe e com a sua necessidade de controlar a criança, a qual, em virtude da sua doença, se encontra manifestadamente dependente da mãe. A agressão e revolta infantis contra a mãe controladora não se expressam abertamente, em descargas, juntamente com outros impulsos proibidos e perigosos, mas através de sintomas somáticos.

Segundo Sperling (1973), a preocupação inconsciente da mãe por determinadas funções e órgãos do filho, constitui, com frequência, uma projecção de si mesma sobre o filho. Esta situação revela-se em diversas alterações do apetite, do sonho e do funcionamento intestinal das crianças. O aparelho respiratório é um foco de preocupação para a mãe das crianças asmáticas.

A mãe surge como o elemento facilitador ou impeditivo do acesso por parte da criança a uma autonomia. A criança apoia-se na mãe, de forma a atingir a maturidade que lhe permitirá estabelecer a separação, mas é necessário para o efeito que a mãe vá

introduzindo na relação noções de alteridade, permitindo à criança constituir a sua própria identidade ao nível do rosto.

Segundo Sami-Ali (1987), toda a problemática da alergia é tentar reduzir a imagem dos outros à eterna imagem da mãe, implicando com isso que todos os rostos sejam o mesmo rosto. No entanto, isto faz-nos pensar na organização corporal da criança, já que, ao não conseguir constituir a sua identidade, não consegue organizar o corpo próprio: ter um corpo é ter a noção de espaço (esquerda, direita,...) e de tempo (real, onírico,...) e esta construção é feita na relação com o outro.

Se a relação com o outro é reduzida a um sistema dual em que a mãe é igual à criança, então esta estruturação do corpo próprio não faz sentido porque a criança, ao referenciar-se a ela própria, está a referenciar-se à mãe.

Nas relações alérgicas há uma predominância de um clima materno, de tal forma que a criança é o rosto da mãe, e a mãe o dela: sendo todos iguais não há crise. A criança faz permanecer o rosto da mãe no outro, evitando, desse modo, as diferenças com o outro, e, assim, a angústia inicial. A crise acontece quando a criança toma consciência das diferenças do outro, em relação à mãe: expressa através da crise, que é diferente da mãe.

Voltando a Sperling (1968, citada por Foliot 1995), a autora retoma teorias referidas anteriormente, chegando a algumas conclusões: - existe uma relação de “tipo psicossomático” entre a mãe e o filho asmático, que é caracterizada pela rejeição, quando a criança se encontra bem e procura adquirir a sua independência, e por gratificação, com o excesso de atenções e cuidados, quando a criança está doente; - o sintoma na criança revela-se como uma descarga de agressividade dirigida contra a mãe; - com o desaparecimento das crises de asma, a criança terá um comportamento agressivo e repreensível, podendo chegar a uma revolta aberta; - a etiologia psicogénica

poderá estar ligada à fase anal, onde a criança abandona o papel passivo-dependente e começa a afirmar-se e a libertar-se, existindo um conflito entre a necessidade de se ligar e a necessidade de se separar. No entanto, numa relação de tipo psicossomático há a repressão deste conflito, que se exprime por uma crise de asma; - há uma ligação estreita entre o eczema e a asma em que o eczema exprime um conflito em redor da necessidade de ser infantil, enquanto que a asma exprime um conflito relativo à necessidade de se libertar.

McDougall (1989), referindo-se à relação mãe-filho da criança asmática, diz-nos que, se a mãe não é capaz de compreender, a seu turno, os desejos de fusão, de diferenciação e de individuação do seu filho, ela arrisca a confrontá-lo com as condições que poderão levá-lo à psicose ou à “psicosomatose”. Esta situação impede, então, a criança de se apropriar psiquicamente do seu corpo, das suas emoções e da sua capacidade de pensar ou de ligar pensamentos e sentimentos. A negação de tal ou tal parte do corpo, ou de tal ou tal função, é como a forclusão de pensamentos carregados de afecto, constituindo, deste modo, uma tentativa da criança impedir a rotura da indissociável ligação mãe-criança.

Quando a representação de uma fusão entre os dois corpos respectivos da criança e da mãe persiste, pode conduzir a uma negação quase total da importância do outro ou, então, contrariamente, a um estado de pânico perante a evidência do estado de separação e alteridade.

Sami-Ali (1987) refere que a mãe é a figura dominadora e dominante. Para um bom equilíbrio existencial, as funções fisiológicas, biológicas e rítmicas do alérgico não entram em contradição com o ritmo que a mãe lhe imprime. Cady (1992) partilha da mesma opinião que Sami-Ali, referindo que muitas vezes esta imposição dos ritmos maternos surge desde o nascimento. A autora acrescenta que a mãe estrutura a

corporalidade do filho, e este não pode existir senão nesta elaboração de proximidade. Em contrapartida, quando a ruptura ocorre face à situação triangular, a ausência de uma rítmica pessoal pode provocar uma somatização.

Esta problemática de falta de identidade levantada por estes dois autores pode remeter para uma problemática psicossomática, em que, perante a angústia de não ter identidade, a procura dessa tem lugar nas normas sociais, acabando estas por ser as suas referências. Estas preenchem um vazio, podendo vir a tornar-se leis, que o indivíduo segue e adopta sem falhas.

3.3.4. Da identidade

A questão da identidade poderá, então, ser relevante nesta patologia.

Nas crianças asmáticas tudo se passa como se ser diferente não fosse o mesmo que ter outra identidade, ou seja, significa, perder uma identidade que é única, a do outro. Enquanto durar esta negação, o indivíduo está sujeito a somatizar, o que se constitui como um equivalente somático de uma perturbação ao nível da identidade do próprio, ou seja, a despersonalização. O sujeito é o objecto, o espaço e o tempo sofrem alterações que são sinal de perturbação.

Enquanto se mantiver idêntico, o sujeito fica ao abrigo da crise alérgica, esta “vingativamente” aparece como por um rasgo, mal o outro se revela na sua alteridade.

O que determina o retorno da alergia é o colocar em causa a relação única, pelo acompanhamento da emergência do diferente em despeito da redução ao idêntico. Deste modo, cria-se uma situação de impasse que denota simultaneamente o resultado da alergia e o começo da elaboração psicótica, pois, se a contradição constitui para a alergia o impensável, a psicose tem como tarefa pensá-la. A oscilação clínica entre a

alergia e a psicose comandada por tal dialéctica, faz aparecer a alergia como o negativo da psicose (Foliot, 1995).

Segundo Sami-Ali (1987), existe uma perturbação nas relações precoces (mais profundas), que ocorre como se a criança tivesse dificuldade em reconhecer o que é de si e o que é do outro. Não há um reconhecimento do Eu e do Não-Eu ao nível biológico, e, visto não reconhecer este limite, esta fronteira, cria um processo biológico de defesa (anticorpos) quando sente um corpo estranho evasivo (alergéneo), ou seja, reacções excessivas quando se sente em “perigo” (crises de asma).

A problemática da asma é deitar fora o ar, deitar para fora qualquer coisa relativo à mãe. Assim, a questão essencial é o ter uma identidade, saber quem é, Eu igual ao outro/Eu diferente do outro.

Toda a problemática na alergia é, então, a diferença. Diferença entre o Eu e o não-Eu, que se opõe ao nível de formação de alergéneos e de anticorpos. A tarefa de elaborar um sistema relacional, no qual a diferença não chega a existir e todos os rostos se confundem com o rosto materno, diz respeito a três mecanismos específicos: identificação (de si ao outro e do outro a si), projecção e idealização.

Utilizando estes três mecanismos a pessoa alérgica chega a um funcionamento em que não há diferença entre si e o outro. Existe uma familiaridade geral: a criança comporta-se como se todas as pessoas fossem iguais. Não existem estranhos porque todas as pessoas são como se fossem figuras maternas.

3.3.5. Do pai

O excesso do clima materno em crianças asmáticas impõe uma pergunta: e o pai?

O terceiro elemento, o pai, sobretudo, é sentido como ausente pela atitude, consciente ou inconsciente, pouco participativa na relação, ou mesmo ausência física; deixa o espaço relacional ser ocupado totalmente pela figura materna.

Boucoud (1985) encontra os seguintes tipos clínicos de pais: - pai ausente na sua presença: seja longe, desinteressando-se da vida afectiva familiar, seja fechado nele próprio, seja “apagado” e enfraquecido; - pai demitido: seja passivo, seja por hiperactividade profissional; - pai neutro: incapaz de exprimir a sua afectividade ou francamente “inefectivo” na relação com a criança e a mulher; - pai ansioso: vivendo a existência nas suas modalidades de insatisfação e inferioridade; - pai depressivo ou neurótico: com implicações profundas na vida do casal e da família; - pai autoritário: agressivo no casal, hiperprotector ou dominador com a criança.

Neste estudo constatou-se que se instaura muito cedo entre a criança e os seus pais uma comunicação defensiva. A criança comunica com a família, sobretudo com os pais, de uma maneira mais defensiva, interiorizando a sua afectividade, perturbações e insegurança.

O pai, elemento terceiro e diferente da díade mãe-criança, apresenta-se como sendo fundamental no desenvolvimento mental da criança, pois será através deste que a criança se percebe como diferente da mãe e conseqüentemente dos outros (angústia do 8º mês de Spitz), colocando-se de forma distante, separada e cada vez mais autónomo funcional e mentalmente desta. Com o terceiro a criança apercebe-se da unidade, tal como da profundidade, e deste modo surge o acesso ao imaginário, ao simbólico, que lhe possibilita estar com o outro sem que este esteja presente. Com a tridimensionalidade a criança organiza-se espaço-temporalmente através das suas próprias referências corporais: estas encontram-se interiorizadas/incorporadas, não

havendo, como na fase especular ou fusional, a necessidade um Super-eu corporal, ou seja, de um outro que lhe ritme e dite as coordenadas vivenciais.

A ausência do pai é um elemento que facilita a dominância da mãe em relação à criança asmática.

3.3.6. Da família

Vimos alguns aspectos relacionados com as figuras paternas e maternas, e a família como um todo?

Moore, em 1965, diz que os casos mais graves de asma ocorrem na infância quando existe a rejeição dos pais ou a perda de um ou dos dois por morte ou divórcio. Muitos destes pacientes nunca tiveram a hipótese de aliviar a sua tensão sendo ouvidos ou recebendo o apoio dos pais.

Num estudo com 15 crianças verificou-se, em relação aos pais, “apareceu-nos, no entanto, um traço comum: a relação com o filho por parte da mãe (o maior número de vezes) ou do pai, era demasiado próxima, usando estes mecanismos projectivos, com fantasmas iminentes de destruição da integridade física da criança, ou seja, embora a fantasia de morte estivesse sempre presente, os pais nunca tinham consciência dela”.

Kreisler e Fain, em 1973, evocam vários casos de crianças asmáticas onde a emergência da angústia do estranho estava comprometida. Tais são os casos: - quando a triangulação sobrevem de forma prematura numa criança, por exemplo, num casal onde o pai e a mãe estão em rivalidade no terreno da maternagem; - quando a mãe tem um investimento libidinal da sua criança tão importante que o desenvolvimento de autoerotismo, que seriam necessários à criança para a fazer emergir da relação fusional,

estão bloqueados; - quando a mãe tem uma atitude de superprotecção ansiosa que tira à sua criança a confrontação com a angústia do estranho.

3.3.7. Síntese

Em relação à asma infantil, a questão da gestão da agressividade e da contenção e controlo emocional deste tipo de sentimentos, parece-me ser relevante. A não expressão da agressividade e o controlo emocional, pode fazer com que passe a existir uma tensão que não é descarregada no exterior, ficando a “remoer” no interior do sujeito, e no seu corpo.

A expressão dos afectos e sentimentos, na relação, é muito importante. Podem existir outras formas de expressar sentimentos, através da criação da arte ou através de actividades que façam com que exista a exteriorização e libertação destas tensões que têm de ser libertadas ou expressas.

Mas se não existe esta libertação ou expressão, a tensão fica no interior do indivíduo, não desaparece, como muitos pacientes dizem. Como, muitas vezes, é uma tensão inconsciente, a pessoa não se apercebe da necessidade de a expressar ou descarregá-la. Nesse sentido, esta pode ter uma expressão no somático, no corpo.

Na asma infantil, parece existir uma raiva, em relação às tentativas de se autonomizar da mãe, que são frustradas por esta. Pode, também, existir uma raiva pela ausência de um pai, que poderia separar a mãe desta criança, permitindo que a última pudesse ter um espaço próprio, onde se pudesse exprimir e onde pudesse ser ela própria. Esta raiva, na maioria dos casos, pode ser inconsciente.

Assim, a criança asmática, sendo constantemente controlada pela mãe (ou pelos dois pais), pode ter muita tensão acumulada, que pode desencadear crises de asma. Estas

podem funcionar quase como “um grito” desesperado de autonomia, a pedir um espaço. Esta situação evoca o quadro “O Grito” de Eduard Munch, pintor norueguês, em que o desespero está espelhado na expressão da figura.

Mas, na criança asmática, não existe um grito consciente, existe uma crise de asma, que pode ser uma manifestação somática da tensão que a criança está a sofrer. E do sofrimento psíquico de que também pode ser vítima.

Por outro lado, e como cada caso é um caso, pode-se considerar outra visão da asma infantil. Nesta doença é exigida a atenção dos pais em relação ao estado de saúde da criança. A preocupação que uma criança asmática dá aos pais pode ser geradora de muita ansiedade.

As crises de asma podem deixar os pais ansiosos e tensos. Neste sentido, a asma infantil pode ser um apelo, uma chamada de atenção, por parte da criança. Através da doença a criança pede aos pais que olhem mais para ela, tal como quando era bebé e era o centro das atenções.

Segundo esta perspectiva, a asma poderia ser como uma conversão, apelando a algo que a criança já pode ter tido, ou a algo que a criança nunca teve – a atenção dos pais. Este apelo não é só da atenção dos pais, mas para que os pais a amem e cuidem dela. A asma infantil, poderia ser vista, assim, como um regressão.

4. Vinculação

A Teoria da Vinculação nasceu do trabalho de John Bowlby e de Mary Ainsworth. As origens da teoria datam dos anos trinta e “remontam ao interesse crescente de Bowlby na ligação entre a privação ou a perda da mãe e o posterior desenvolvimento do indivíduo, e à atenção prestada por Ainsworth ao conceito de segurança” (Canavarro, 1999).

Bowlby (1944, citado por Fonagy, 2001) formalizou a sua visão que, a perturbação na relação precoce entre a mãe e o bebé poderia ser um factor determinante na perturbação mental.

Para Bowlby (1969) a evolução resolveu o problema da necessidade de protecção e suporte, mais especificamente na espécie humana, provendo-nos com um sistema de comportamentos de vinculação que aumentariam a possibilidade de estabelecer relações próximas. Uma relação de vinculação serviria como uma base para explorar o ambiente, como algo que nos protegesse das angústias, proporcionando tranquilidade.

O autor refere que: “o vínculo da criança à sua mãe é um produto da actividade de um certo número de sistemas comportamentais que estão próximos da mãe como um resultado previsível” (Bowlby, 1969). Portanto, a sua teoria dirige-se à ausência ou presença física da mãe (Greenberg, 2003).

Mais tarde, Bowlby (1973) refere que “(...) 1) se uma pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, será menos provável que apresente medo e ansiedade crónica; 2) essa confiança básica desenvolve-se durante a infância e as expectativas desenvolvidas persistirão ao longo da vida; por último, 3) as expectativas

criadas sobre a disponibilidade da figura de vinculação far-se-ia sentir nas relações estabelecidas posteriormente”.

Em 1980, Bowlby, (citado por Canavarro, 1999) fala sobre as implicações que as primeiras vinculações terão no futuro do indivíduo, em particular, na saúde mental do mesmo.

Citando Canavarro (1999), “a Teoria da Vinculação pode ser considerada como uma teoria global do desenvolvimento socio-emocional. Ao defender que os seres humanos nascem munidos de um sistema de vinculação que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes forneça protecção e uma base de segurança a partir da qual possam explorar o meio (Ainsworth, 1982)”.

Cada vez mais existem autores contemporâneos que referem a necessidade do ser humanos para se relacionar com outros (por exemplo, Fairbairn, 1952; Mitchell, 1988, citado por Johnson, 1994).

Citando Gomez (2005): “A Teoria da Vinculação assume como premissa que os seres humanos nascem com padrões inatos de comportamento que promovem e mantêm o relacionamento e se manifestam numa sequência ordenada na interacção com o ambiente”.

Segundo Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), “o que caracteriza a vinculação é o comportamento que promove a proximidade ou contacto com uma ou mais figura (s) específica (s) a que o indivíduo está vinculado”.

Vinculação não é o mesmo do que comportamentos de vinculação, sendo que, segundo West e Sheldon-Keller (1994), a primeira é uma construção organizacional, isto é, um sistema, enquanto que a segunda se refere a todos os comportamentos utilizados com o objectivo de manter o sistema de vinculação.

Citando Canavarro (1999), “o sistema de vinculação seria uma tendência, com raízes biológicas, para procurar a proximidade da figura de vinculação, e teria uma função, em termos filogenéticos, de protecção da espécie (Ainsworth, et al., 1978; Bowlby, 1980; Main, Kaplan & Cassidy, 1985)”.

Bowlby (citado por Soares, 1996a) “define comportamento de vinculação como qualquer forma de comportamento que tem como resultado predizível manter ou estabelecer a proximidade da criança com essa figura”.

Para Bretherton (1985) o conteúdo de uma relação de vinculação está centrado na regulação da segurança, isto é, existe uma figura que precisa de protecção e que a procura, e existe outra figura, concebida como sendo mais forte e mais capaz para se confrontar com o mundo, que proporciona segurança, conforto ou ajuda. Desta forma é uma relação assimétrica e complementar.

Segundo Bowlby (1969), o comportamento de vinculação tende a ser enfraquecido ou reforçado por factores situacionais, por outro lado, a vinculação é uma ligação que, uma vez estabelecida, tende a persistir, “no sentido em que lança pontes sobre o tempo e o espaço” (Ainsworth, 1969).

Segundo Bowlby (citado por Soares, 1996a), o comportamento de vinculação tem bases biológicas que só podem ser compreendidas dentro de um contexto evolutivo. Um bebé, ao manter ou estabelecer a proximidade com uma figura adulta que é mais capaz de se confrontar com situações de perigo, protege-se e sobrevive.

Citando Soares (1996a), “o ponto de chave da tese de Bowlby é que há uma relação significativa entre as experiências de vinculação durante a infância e a adolescência, e a capacidade em estabelecer ligações afectivas mais tarde”.

Para Bowlby (1988) é importante a integração, na personalidade, de um sentimento de confiança e de segurança de si e no outro, tendo este sentimento origem nas relações de vinculação.

A maior parte das investigações sobre a vinculação centram-se nos processos de vinculação durante a infância, referindo-se, maioritariamente, à relação entre a criança e a pessoa que cuida dela (Bowlby, 1969). Para avaliar o tipo de relação de vinculação estabelecido, a “Situação Estranha” é uma das formas mais divulgadas, tendo sido desenvolvido por Ainsworth et al. (1978).

Numa fase inicial, a codificação da “Situação Estranha” levou à classificação do comportamento de vinculação em três tipos de padrões distintos: Padrão A – Inseguro-Evitante; Padrão B – Seguro; Padrão C – Inseguro – Ansioso. Estes, como refere Cichetti et al. (1995), são “estratégias organizadas pela criança no sentido de gerir a ansiedade causada pela separação e pela reunião”.

No padrão A, inseguro-evitante, a criança faz uma exploração independente da mãe; existe baixa partilha de afectos. Após a reunião existe um evitamento activo da mãe. As mães deste grupo eram as que estavam mais sintonizadas com os bebés, interagindo com eles de modo livre e alegre, recebendo os sinais de forma precisa e respondendo prontamente à sua perturbação (Gomez, 2005). No padrão B, seguro, “a mãe é uma base de segurança para exploração do ambiente” (Canavarro, 1999). Após a reunião há uma procura activa do contacto e interacção. Por último, no padrão C, inseguro-ansioso, há um comportamento exploratório pobre: a criança necessita sempre de contacto, mesmo antes da separação, e tem receio de situações e de pessoas diferentes. Após a reunião existe dificuldade em estabelecer contacto.

Mais recentemente foram identificados padrões atípicos de comportamento de vinculação (Main & Solomon, 1990). É o padrão D, desorganizado, caracterizado por

comportamentos contraditórios, movimentos e expressões incompletas ou indirectos; comportamentos estereotipados e movimentos assimétricos. As crianças que estabelecem este tipo de padrão não têm qualquer estratégia coerentemente organizada para lidar com o stress induzido pela separação da mãe (Main & Solomon, 1990).

Curiosamente, ainda que não seja surpresa, Ainsworth e outros passaram a demonstrar que o tipo de vinculação observado nos bebés estava intimamente relacionado com a responsividade das mães a eles, durante o primeiro ano de vida (Bowlby, 1988).

De acordo com a Teoria da Vinculação, “a relação entre a mãe e a criança, durante os primeiros tempos de vida, influencia o funcionamento ulterior intra e interpessoal do indivíduo, desde a infância até à idade adulta” (Canavarro, 1999).

Para Bowlby (1980), a criança organiza e acumula informação (sob a forma de “working models”), como resultado da primeira experiência de vinculação, sobre si próprio, os outros significativos e o meio social mais vasto. É através destes “working models” que se faz uma regulação dos comportamentos de vinculação (Bowlby, 1980).

Segundo West e Sheldon-Keller (1994) existem três condições para se definir vinculação do adulto: “(...) 1) ser teoricamente congruente com a definição de vinculação durante a infância; 2) apontar as diferenças entre a vinculação das crianças e a vinculação dos adultos; e 3) distinguir as relações de vinculação de outro tipo de relações interpessoais” (Canavarro, 1999).

Para Bowlby (1969), a vinculação durante a infância é diferente da estabelecida na idade adulta: na primeira, desenvolve-se em resposta directa à relação com a mãe; na segunda, os padrões de vinculação derivam dos “working models” construídos com base nas experiências de infância.

Weiss (1982) refere algumas semelhanças da vinculação da infância com a vinculação do adulto: a) mantêm-se as propriedades das relações em termos de sentimentos

associados à activação dos comportamentos de vinculação – o processo de separação está presente; b) elementos emocionais ligados à vinculação durante a infância são expressos nas relações de vinculação na idade adulta; c) com a diminuição dos progenitores como figuras primárias de vinculação, evidencia-se a formação de relações de vinculação com pares.

O mesmo autor apontou algumas diferenças entre os dois tipos de vinculação, nomeadamente, na idade adulta as relações de vinculação são estabelecidas entre pares e não entre quem recebe cuidados e quem os oferece; não se destacam tanto de outros sistemas comportamentais; e, por último, incluem, muitas vezes, relações de natureza sexual.

Hinde (1997), Hinde e Stevenson-Hinde (1986) e Berman, Marcus e Berman (1994), dizem que, durante a idade adulta, as relações de vinculação comportam habitualmente relações de reciprocidade com o par, e as relações de vinculação da criança são de essência complementar. Esta ideia fortalece o exposto por Weiss (1982), quando diz que, nas relações de vinculação na idade adulta, “o parceiro não é percebido como mais forte ou mais capaz de lidar com os problemas” (Canavarro, 1999).

Uma investigação conduzida por West e Sheldon-Keller (1994) sobre a vinculação na idade adulta revela que estas servem propósitos específicos, como a protecção do “perigo” e manutenção da segurança, congruentes com as funções das relações de vinculação durante a infância.

Segundo Berman e Sperling (1994), a vinculação do adulto é “uma tendência estável do indivíduo para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como potenciais fontes de segurança física e/ou psicológica” (P.8).

Para West e Sheldon-Keller (1994), referindo-se ao conceito de “vinculação recíproca do adulto”, estas são “relações diádicas, nas quais a proximidade a uma figura, considerada especial e preferida a outras, é mantida com o objectivo de sensação de segurança” (P.9).

Hazan e Shaver (1987) construíram um instrumento de avaliação da vinculação na idade adulta, com o objectivo de manter a tipologia de vinculação durante a infância até fases avançadas do ciclo da vida. Este instrumento é constituído por três itens, correspondentes às descrições dos tipos de vinculação referidas:

1. Vinculação segura: é fácil aproximar-se dos outros. São pessoas que não se preocupam que se aproximem deles. E não existe uma preocupação constante em ser abandonado.

2. Vinculação insegura evitante: existem dificuldades em confiar no outro, e em estar próximo dos outros. Mantém uma distância emocional com os outros, querendo estes estar mais próximos do que o indivíduo se sente confortável em estar.

3. Vinculação insegura ansiosa: há uma preocupação, frequente, de que os outros não gostam do indivíduo, e existe um desejo de estar mais próximo dos outros.

Segundo Hofer (citado por Taylor, 1990) os comportamentos de vinculação nas crianças desenvolver-se-iam em simultâneo com processos regulatórios biológicos nas interacções mãe-bebé. “Esta concepção proporciona um modelo psicobiológico de interacções “mente-corpo-meio ambiente”, em que a perda da mãe evoca não só respostas psicológicas, mas também um impacto directo no corpo devido à privação das regulações biológicas prévias fornecidas pela mãe” (Taylor, 1990).

Estudos realizados com adultos evidenciam a existência de padrões particulares de vinculação em doentes psicossomáticos, em particular o padrão “ansioso” de vinculação (Stuart & Noyes, 1999), que, segundo os autores, se reflecte numa constante procura de

cuidados de saúde, que é sobretudo significativa em períodos de vida indutores de stress.

Noutro estudo (Ciechanowski et al., 2002) evidencia que o estilo de vinculação é um factor importante para avaliar a percepção sintomática e a utilização dos serviços de saúde. Os pacientes que relatam neste estudo maior números de sintomas correspondem aos estilos de vinculação “preocupado” e “receoso”.

“O desenvolvimento de relações afectivas ao longo da vida é feito, simultaneamente, de estabilidade e de mudança” (Canavarro, 1999).

5. Relações de Objecto

No Dicionário Crítico de Psicanálise, de Rycroft (1975), este define objecto como: “aquilo em cujo sentido uma acção ou desejo é dirigido; aquilo que o sujeito exige, a fim de alcançar satisfação instintual; aquilo com que o sujeito se relaciona”. O mesmo autor define relação objectal como a relação do sujeito com o seu objecto, acrescentando que o relacionamento objectal pode ser com um objecto interno ou externo.

Braconnier (2000) diz que, na realidade psíquica, o objecto define-se como “um local contingente e provisório de fixação da libido, sendo o elemento menos determinante da estrutura da pulsão cuja fonte e objectivos são, com o impulso, os elementos principais”. Assim, para o autor, o objecto é o objecto da pulsão, representando um papel fundamental na experiência do prazer.

Para Brenner (1973) o termo “objecto”, na literatura psicanalítica, designa pessoas ou coisas do ambiente externo que são psicologicamente significativas para a vida psíquica do indivíduo, sejam tais “coisas” animadas ou inanimadas. Para o autor “a expressão ‘relações de objecto’ refere-se à atitude e ao comportamento do indivíduo para com esses objectos”.

Chemama (1993) define relações de objecto como: “relação do sujeito com seu entorno, que seria paralela ao desenvolvimento pulsional, e cuja consideração iria permitir ultrapassar uma abordagem centrada unicamente no indivíduo”.

Ballint (1935, citado por Chemama, 1993) e outros observam que a maioria dos conceitos psicanalíticos referem-se ao indivíduo considerado de forma isolada. Para o autor, o amor do objecto primário, constituinte de toda a primeira relação de objecto,

teria por finalidade, de facto, “ser amado e satisfeito sem ter de dar nada em troca”. Neste sentido, é passivo, mesmo que o sujeito possa desenvolver uma grande actividade para atingir os seus fins. Por outro lado, perfeitamente egoísta, e, ao mesmo tempo recíproco, pois a própria mãe, nessa etapa precoce, “trata o filho como coisa sua, como se nele não existisse nem vida, nem interesses pessoais”.

Segundo Braconnier (2000), as relações de objecto, a sua diferenciação, a sua integração progressiva através dos conflitos, a sua génese, não podem conceber-se senão na relação com a organização pulsional da sexualidade e do narcisismo. Citando o autor, “a relação de objecto só é interessante para retratar a maneira como o aparelho psíquico apreende a realidade externa”.

Freud, no seu modelo estrutura/pulsão, defende a importância do princípio do prazer como o fundamental, como sendo o que move o indivíduo: é a satisfação das necessidades que o indivíduo procura no seu dia-a-dia.

Segundo Brenner (1973), “Freud foi o primeiro a fornecer um quadro claro da grande importância que tem, para a nossa vida e desenvolvimento psíquicos, a relação com outras pessoas”. A primeira relação é, naturalmente, a relação da criança com os seus pais, que, muitas vezes, se restringe principalmente à mãe ou à sua substituta. Um pouco mais tarde surge a relação com os irmãos, ou com outros companheiros próximos e o pai.

Para Freud, (citado por Brenner, 1973) as pessoas às quais a criança se apega nos seus primeiros anos ocupam uma posição central na sua vida psíquica, quer o apego da criança a essas pessoas seja por laços de amor, de ódio, ou ambas, sendo o último caso o mais comum. A importância destas primeiras ligações deve decorrer, em parte, do facto de que tais relações iniciais influenciam o curso de desenvolvimento da criança.

Citando Greenberg (2003), “Klein sugere que os objectos são inerentes e, por isso, criados pelas próprias pulsões, independentemente dos outros reais do mundo exterior: a primeira realidade da criança é inteiramente fantasmática” (1930, citado por Greenberg, 2003). Assim, para Klein as percepções de outros reais são meramente um suporte para as projecções das imagens de objecto inatas da criança.

Uma das explicações que teve para este modo de pensar, remete para o desejo, sugerindo que o desejo é sempre um desejo de algo, estando implícito um objecto desse desejo. Este ponto de vista foi defendido por Susan Isaacs (1943).

No modelo kleiniano (citado por Braconnier, 2000), a relação de objecto é unicamente de ordem fantasmática, mas está presente desde o início. “A relação de objecto não se constitui numa história, em função dos objectos reais, havendo desde logo fantasmas que são inatos, e como não há fantasma sem objecto, os objectos também já estão presentes desde o nascimento”. Neste modelo, a tónica é colocada sobre a relação de objecto “fantasmático”, portanto, sobre o objecto interno. Mas, neste modelo, a pulsão continua a ter uma importância fundamental e determinante.

Para Klein (citada por Greenberg, 2003), existe uma projecção sobre o mundo exterior de objectos de natureza cruel e fantasmática. Assim, as percepções de objectos reais do mundo externo fundem-se com as imagens projectadas. Na reinteriorização subsequente, os objectos internos que daí resultam são parcialmente transformados pela percepção de objectos reais.

Mais tarde, no seu trabalho sobre a posição depressiva, Klein dá outra perspectiva sobre a origem dos objectos. Nesta nova perspectiva, os objectos internos e externos derivam da experiência da criança com outros reais do mundo exterior. “Klein sugere que os outros reais do mundo externo da criança são constantemente interiorizados,

estabelecidos como objectos internos e projectados de novo em figuras externas” (Greenberg, 2003).

Segundo Klein, os objectos não são acrescentados secundariamente aos impulsos através da experiência, mas são formados nos impulsos desde o começo. Para esta autora o alvo fundamental do impulso ainda é o prazer, tal como em Freud, em que o princípio de prazer é o mais importante, como já se referiu.

Citando Bateman e Holmes (1998), “Bion deslocou o pensamento kleiniano para o campo das relações de objecto; contudo, cabe a Fairbairn (1952) e Guntrip (1961) o papel de pais da actual teoria das relações de objecto, como são geralmente considerados”.

Na teoria das relações de objecto (Braconnier, 2000) existe uma mudança de sistema para um modelo estrutura/relacional, em que o indivíduo não é concebido à partida como um ser pulsional, mas como uma pessoa à procura, antes de mais, de uma relação com o mundo exterior. Neste modelo, a libido não é a procura do prazer, mas sim do objecto, “não é a atitude libidinal que determina a relação de objecto, mas antes a relação de objecto que determina a atitude libidinal” (Fairbairn, 1941). Assim, a importância desloca-se do mundo interno para o mundo externo. Fairbairn acrescenta: “o impulso é inseparável da estrutura” (Greenberg, 2003).

Fairbairn (citado por Greenberg, 2003) inverte a relação meio/fim, defendendo que o objecto só é formado desde o começo no impulso, mas constitui um meio para alcançar o seu verdadeiro fim, as relações com os outros.

A crença de que a motivação principal da pessoa é a procura de uma relação com os outros é central a esta teoria. A actividade precoce do bebé é dirigida à procura de contacto com a mãe e, mais tarde, com os outros: “o prazer é um poste de sinalização para o objecto, e não o contrário” (Fairbairn, 1952). De acordo com o modelo

estrutura/pulsão, o bebé humano nasce sem relação com os outros, e procura a redução da tensão. As relações com os outros são secundárias, devido à utilidade que os outros têm na redução das suas próprias tensões e no facto de lhe darem prazer. “Fairbairn sugere que o bebé está, desde o princípio, orientado para os outros, e que essa procura de relação tem raízes adaptativas na sobrevivência biológica” (Greenberg, 2003).

Esta crença de Fairbairn, da procura de uma relação como motivação primordial, pode lembrar o conceito de Bowlby de vinculação - um comportamento inato que visa a aproximação do filho à mãe e a sua protecção. A vinculação dá lugar a sentimentos de amor, de segurança e contentamento. A sua ruptura dá lugar a ansiedade, a inquietação e a depressão (Guedeney, 2004).

Assim, Fairbairn sugere que o comportamento e a experiência humana resultam fundamentalmente da procura e da manutenção de contactos com os outros.

O método de procura de objecto varia de acordo com o estágio de desenvolvimento: inicialmente é através da alimentação e mais tarde através da partilha de actividades e interesses. Estes factos não derrubam completamente o conceito de procura de prazer, uma vez que Ballint (citado por Bateman e Holmes, 1998) refere que o indivíduo procura ambos, objecto e prazer. A procura compulsiva de prazer pode também ser uma resposta patológica ao fracasso das relações de objecto.

Ballint (citado por Gomez, 2005) sugere que o narcisismo, ou amor ao self, reflecte a vinculação contínua do bebé à substância do self da mistura original, enquanto a vinculação ao objecto prolonga a sua ligação à substância do outro.

Também Brenner (1973) tem um ponto de vista semelhante ao antes referido: numa fase inicial, a criança só se interessa pelas gratificações que o objecto proporciona, sendo este um “realizador de necessidades”; o bebé só começa a desenvolver uma relação contínua quando começa a sentir necessidades que podem ser satisfeitas pelo

objecto ou através dele. Mas esta relação contínua vai-se desenvolvendo a pouco e pouco, acompanhando o interesse em explorar o mundo externo.

Assim, para Brenner (1973), os primeiros objectos são chamados objectos parciais, sendo os que satisfazem as necessidades. Só mais tarde é que a mãe passará a ser um objecto total para o bebé: “acreditamos que só se desenvolve uma relação de objecto contínua na última parte do primeiro ano de vida” (Brenner, 1973).

Para Klein (1932), as primeiras relações de objecto da criança são relações com imagens de partes do corpo. Para a autora existe, no inconsciente da criança, uma fantasia dos objectos reais, mesmo sem ter tomado contacto com os mesmos, existindo desse modo relações pré-existentes e relações com eles.

Para Fairbairn (citado por Greenberg, 2003), “as relações com os objectos significativos são primárias; as zonas são apenas canais e instrumentos dessas relações”, o que difere do defendido pelo modelo dinâmico, em que as zonas e as suas tensões ditavam a qualidade de relação. “Não é a atitude libidinal que determina a relação de objecto, mas a relação de objecto que determina a atitude libidinal” (Fairbairn, 1941).

A existência de um mundo interno povoado pelo self, os seus objectos e as relações entre eles é uma das noções bases desta teoria. As relações entre estes objectos internos servem de padrão para relações subsequentes, especialmente quando operam os processos primários. Nesse sentido, existe uma influência deste mundo interno, ou do “mundo das representações” de Sandler (citado por Bateman e Holmes, 1998), sobre as relações íntimas com os parceiros.

Contrastando com a ideia de Klein de fantasias relativas ao objecto primário, Fairbairn (1952) concebeu os objectos internos e as fantasias associadas como surgindo na sequência do inevitável fracasso dos objectos externos. Dá-se, assim, uma “clivagem no epicentro da psique entre o “objecto libidinal”, que gratifica, e o “objecto antilibidinal”,

que frustra”. Estes objectos estão por sua vez associados a representações correspondentes libidinais e antilibidinais do self” (Bateman e Holmes, 1998).

Fairbairn (1952) refere que quando os objectos são frustrantes o indivíduo internaliza-os no inconsciente. Acabando por interiorizar as más relações com os objectos frustrantes ou rejeitantes. Para o sujeito a mudança é difícil, porque implica a reactivação dos “maus objectos” interiorizados e dos impulsos reprimidos em relação a estes. A resistência à mudança é grande porque o sujeito vinculou-se a estes objectos internalizados (Johnson, 1994).

Da mesma forma que Freud, Fairbairn (citados por Bateman e Holmes, 1998) sugeriu que o mundo interno se desenvolveu como um substituto e uma compensação das experiências insatisfatórias nas relações externas, sendo a agressão um factor organizado, secundário a essas frustrações. Para além disso, salientou que o que é introjectado não é o objecto como tal, é a relação.

Para Winnicott a teoria das relações de objecto devia compreender não só objectos internos e externos, mas também a sua interacção mútua, tendo localizado um “espaço potencial” (Bateman e Holmes, 1998), que é sentido como não estando dentro nem fora, mas entre os dois.

Através da noção de “espaço transicional” Winnicott (1965) procurou conciliar a teoria dos impulsos com a perspectiva interpessoal (Bateman e Holmes, 1998). Acreditava que a criança, movida pelos impulsos, invoca, na sua mente, um objecto ajustado às suas necessidades.

Para Brenner (1973), uma das características das relações de objecto é a ambivalência, isto é, sentimentos de amor que podem alternar com igual intensidade com sentimentos de ódio, segundo as circunstâncias. “Esta ambivalência precoce persiste, normalmente,

até certo ponto, por toda a vida, mas comumente é de proporção bem menor, mesmo na última infância e menor ainda na adolescência e na vida adulta”.

A diminuição da ambivalência parece ser mais aparente do que real, na medida em que os sentimentos conscientes pelo objecto reflectem, muitas vezes, metade da ambivalência, enquanto a outra metade com efeitos sobre a vida mental, do indivíduo permanece inconsciente.

O fenómeno da identificação com o objecto é outra das características das relações de objecto: “afirmamos que qualquer relação de objecto acarreta uma tendência para se identificar ao objecto, isto é, para se tornar igual a ele e que, quanto mais primitiva a fase de desenvolvimento do ego, mais pronunciada a tendência para a identificação” (Brenner, 1973).

6. Relações de Objecto no paciente psicossomático

As relações interpessoais do paciente psicossomático podem ser caracterizadas por uma indiferença afectiva, expressando apenas afectos de circunstância, existindo quase um embotamento afectivo.

O seu modo de comunicar caracteriza-se por uma ausência, ou grande diminuição, do pensamento simbólico, o que impede que as suas atitudes, sentimentos, desejos e pulsões emirjam (Nemiah & Sifneos, 1973, citado por Taylor, 1990). O não ter palavras para a emoção revela uma impossibilidade de sentir as emoções subjectivamente, existindo uma falta de dimensão psíquica na emoção.

Segundo McDougall (1982), as crianças vão aprendendo, progressivamente, “através dos actos e, mais tarde, das palavras dos que as rodeiam, a dar significado à emoção de forma a que possam usar os seus sentimentos como sinais para si próprios e como meios de identificação e comunicação com os outros”.

Zepf e Wolf (citados por Lolas & Von Rad, 1989), tendo implícito um modelo de aprendizagem social, consideram que os pacientes psicossomáticos se teriam desenvolvido numa atmosfera familiar que não incentiva o desenvolvimento das competências comunicativas e das capacidades de simbolização.

Uma primeira hipótese pode ser retirada do contributo dos autores citados: a forma de comunicar do doente psicossomático deve-se a um clima familiar em que não existe uma comunicação de afectos, emoções e sentimentos. Como se o ambiente familiar fosse um filme a preto e branco, não existindo as cores para o colorir.

Neste sentido a forma relacional é considerada uma forma de relação pouco humanizada que assinala uma tentativa de assegurar a sobrevivência psíquica por um indivíduo para quem a vida construtiva, desejante, conflitual e prazerosa parece inatingível.

Os doentes psicossomáticos estabelecem relações utilitárias e pragmáticas com os outros, devido à dimensão afectiva estar amputada da relação com os outros (Kraemer e Loader, 1995). O outro também é visto como tendo também características operatórias do pensamento. André Green, citado por Marty (1983), chama a esta relação “relação branca”. Estão presentes, um frente ao outro, mas vazios.

A falta de referência a um objecto interno realmente vivo, na descrição de Marty e M'Uzan, leva a que sujeitos com um sistema de pensamento operatório realizem uma projecção global de si mesmos: “o objecto é então considerado como inteiramente idêntico ao sujeito e dotado da mesma forma de pensamento”, dando à relação o aspecto de secura e de pobreza.

De acordo com McDougall (1986), estes indivíduos “apanhados num beco sem saída psíquica, experimentam enormes dificuldades quando querem simplesmente saber o que significam as pessoas para eles e o que eles significam para os outros, pelo que toda a relação ou interacção com os outros tende a ser pragmática, isto é, operatória”.

Tal como o seu mundo interno, que é despovoado de fantasia, de imaginação, sem cor, as relações do doente psicossomático são pobres e muito convencionais, existindo uma vertente afectiva muito apagada, não existindo uma expressão desta, talvez porque não existe uma consciência dos afectos: do que sentem em relação aos outros e vice-versa.

Assim, o mundo do psicossomático é povoado de dúvidas e de incertezas. Citando Coimbra de Matos (1999a), “o psicossomático vive num impasse afectivo e relacional; não ama, nem odeia; apenas está na relação”.

Quais são as razões deste estado ?

Coimbra de Matos (1999a) afirma que são indivíduos que têm uma identidade fendida na do outros. Não têm pensamento próprio. O autor fala de “um rosto que define e distingue, um rosto que valoriza e promove - um rosto que dá unidade, coesão, equilíbrio e força à mente e ao corpo, um corpo que contém e ostenta a pessoa”. Sem esta característica fundamental que é ter rosto, ser alguém, ser especial, uma pessoa fica reduzida a “um ser pragmático com uma sexualidade funcional, sem fantasia e sem emoção”.

Segundo Coimbra de Matos (1999b), “a resposta à carência/insuficiência do investimento no sujeito, à lacuna, vai o sujeito dá-la por um duplo comportamento: a) submissão e conformismo, por um lado, e, por outro, b) adaptação ao real servida por uma lógica de razão, conveniência e utilidade”, existindo, assim, uma perda de uma autonomia própria, um comportamento objectivo e oportuno, limitando a sua vida, numa hiperadaptação ao real e às normas do real.

Existe, neste conformismo, uma sujeição/adaptação à lei do objecto, não existindo espaço (ou muito pouco) para o desejo próprio, nem para a fantasia e lógica dos afectos.

Desta forma vivem num estado de amor correspondido, idealizam o objecto e auto-alimentam-se dessa idealização. Adaptam-se ao outro abdicando do desejo próprio. É uma identificação maciça em relação a um objecto idealizado, pré-concebido. Como já se referiu, não têm identidade própria e exclusiva, e não conhecem o objecto real, que é puro suporte da projecção do objecto ideal.

Ser psicossomático é uma forma não humana de existir e de se relacionar com o outro, solução possível quando o indivíduo não vê reconhecido o seu direito de existir.

Esta falta de autonomia e a ausência da identidade própria provocam angústias existenciais. A solução mais próxima é a identificação com o objecto, surgindo daí uma adaptação ao real levada ao extremo: são indivíduos mais que convencionais, que

adoptam todas as normas exteriores, para colmatar o vazio interior. Esta solução externa não permite que a sua individualidade surja, bloqueando, deste modo, o emergir das fantasias, desejos e sentimentos.

Em relação ao objecto, Coimbra de Matos (1999a) considera que é um objecto captativo que suga o investimento amoroso. A regulação da relação do objecto está afectada, pois falham os indicadores emocionais, ficando o indivíduo ao sabor dos impulsos, ou ficando à mercê do capricho do objecto. Assim, o self do sujeito fica inundado pela agressão que o sujeito repele, encontrando escoamento único em acting-in, doença psicossomática.

No paciente psicossomático não se desenvolve uma relação íntima com a mãe, mas surge, por seu lado, uma relação grosseira e indiferenciada, monótona e entediante, feita à custa de um esforço adaptativo. Esta relação vazia e despovoada de afectos, produz um self idêntico.

Citando Coimbra de Matos (2003), “a ausência ou insuficiência do bom objecto interno – o mesmo é dizer, a inconstância e condicionalidade do amor do objecto pelo sujeito – geram um clima afectivo interior que, ou se sofre – e o indivíduo deprime-se -, ou se nega – e o sujeito adocece (...)”.(p. 91).

Renata Gaddini (citada por Amaya, 1995) diz que as perturbações psicossomáticas são respostas das dificuldades da relação mãe-filho. Não se forma o “objecto transicional”.

A ausência de um bom objecto interno impossibilitaria a criança de utilizar um objecto transicional, precursor de capacidades de simbolização (Winnicott, 1971).

São pais que ditam o que o filho deve sentir ou deixar de sentir, quais os estados emocionais permitidos e reconhecidos. Isto conduz a uma confusão da criança sobre o que está a sentir e, em particular, sobre quais os sentimentos permitidos, se estes não

forem previamente ditos pelos pais. Esta situação influencia de forma determinante a maneira de lidar com os afectos e emoções, e a discriminação do que se está a sentir.

Na observação de McDougall, corroborada por Von Rad (1984), estas mães (e pais) transferem para os filhos os seus conflitos não resolvidos, geralmente de natureza narcísica e, na tentativa de os solucionarem, usam a criança e o seu corpo “como uma droga”.

A propósito da repressão de afectos, Celérier (1997, citado por Ballone et al., 2002) afirma que a alexitimia encobre um mecanismo activo de repressão que seria causado por sentimentos de frustração ou cólera em certos meios familiares mas que não poderiam ser admitidos, e muito menos expressos. Logo, abortados antes de chegarem à consciência, eles deixam de ter existência. Isto aconteceria em famílias que não suportam a alteridade e a diferença entre os seus membros. Esta problemática parece também existir em pacientes com doença psicossomática.

Nos pacientes psicossomáticos pensa-se que a família também seria psicossomática. McDougall (1986) diz que muitas vezes a mãe usa o corpo do filho como um prolongamento do seu, no qual investe preenchimentos narcísicos e libidinais. O resultado é o indivíduo sentir o seu corpo como se fosse estranho. Segundo a autora, o corpo é sentido como pertencente ao mundo externo, pertencente à mãe.

Para McDougall (1989), ficando enlaçada com a mãe, a criança é incapaz de introjectar e de sustentar bons objectos internos e mostra-se impossibilitada de edificar uma boa auto-representação, cujo desenvolvimento, nesta fase precoce, está intricadamente ligado às sensações corporais e à sua percepção. Colocada perante uma mãe que se sente ameaçada pela vivacidade do filho, pelos seus ímpetos de raiva ou estados de aflição, incapaz de comunicar quais os gestos ou gritos que vão receber uma atenção adequada ou vão ficar sem atenção, a criança – ávida por descobrir e controlar as fontes de prazer

e segurança – aprende a refrear os seus movimentos espontâneos ou, nos estados de raiva ou de medo, cai num estado caracterizado pela ausência de vida onírica e pela busca exclusiva do nada.

Esta vivência vazia resulta em relações afectivas sem conteúdo, em que não existe uma verdadeira relação, dada a amputação da dimensão afectiva.

Von Rad (1984) diz que as mães de pacientes psicossomáticos com características alexitímicas, por serem hiperprotectoras, impedem o desenvolvimento progressivo, por parte da criança, de estratégias pessoais para lidar de forma efectiva com o aumento da tensão, tornando-a irremediavelmente dependente da sua presença para o fazer. Assim, estaríamos perante “comportamentos de dependência compulsiva, que podem ser pensados independentemente do objecto alvo específico – substância psicoactiva, actividade sexual, objecto humano, situação analítica, como forma de reparar um vazio interno” (McDougall, 1982).

O funcionamento psicossomático resulta de uma perturbação na relação primária que, ocorrendo durante a fase esquizo-paranóide do desenvolvimento, teria por consequência uma diferenciação incompleta das representações do self e do objecto e uma utilização concreta dos símbolos (Klein, 1982; Segal, 1975).

O desenvolvimento emocional normal depende da integração de elementos sensoriais, viscerais e motores nos esquemas de emoções e nas imagens e palavras. Este processo desenvolvimental é influenciado, fortemente, pela habilidade dos pais em regular os estados emocionais da criança e para, gradualmente, traduzirem/transformarem os estados emocionais de excitação em sentimentos com nome, em que a criança possa pensar e comunicar aos outros (Fornagy et. al., 2002; Taylor et al., 1997).

Quando este processo corre mal, a insegurança na vinculação pode estar associada a uma falha no desenvolvimento afectivo, ou a uma regressão. Assim as emoções ficam,

apenas, associadas fragilmente às palavras e imagens e são experimentadas como sensações somáticas pobremente diferenciadas e, também, como sensações motoras (Krystal, 1987).

O objecto do psicossomático é muito narcísico, usando a criança como um modo de resolver os seus conflitos, sendo um escape para as suas angústias e sofrimento. Desta forma, o objecto não sabe lidar com as angústias do filho, deixando este num estado de ausência de continente, sem conteúdo.

No conceito de McDougall (1986), os alexitímicos atacam a sua capacidade para captar o afecto e pô-lo à disposição do pensamento, esvaziando de qualquer significado a realidade externa e as relações de objecto.

McDougall (citada por Bouchet, 1990) refere, a propósito dos “doentes psicossomáticos”, que a tentativa de perseverar a “sobrevivência” psíquica leva ao estabelecimento de um corte radical entre corpo e psíquico, cujo objectivo é o de se protegerem de perturbações afectivas insuportáveis.

Esta reacção origina um quadro de anestesia afectiva, de evacuação e negação das representações dolorosas, com uma hiperactividade factual paralela a uma pobreza na verbalização e mentalização das experiências emocionais. Esta situação torna as relações secas e sem teor afectivo, dessa forma vazias e com pouco significado. No entanto, as relações com objectos externos são fundamentais, para o preenchimento de falhas internas (Thomé, 1989).

Embora se observe, nalguns casos, uma tendência para o evitamento de relações interpessoais, estes indivíduos tendem, sobretudo, “a estabelecer relações interpessoais marcadamente dependentes, assumindo, por vezes, o aspecto de uma verdadeira ‘toxicodependência’ do objecto” (McDougall, 1982).

Segundo Krystal (1987), a relação vivida é, então, uma relação destituída de qualquer qualidade humana, o medo de aniquilamento é, em certo sentido, o resultado de uma avaliação realista da situação, já que o que se exige é a morte da vitalidade interna: este é o “preço a pagar” para garantir a sobrevivência.

Segundo McDougall (1989), um poderoso factor intervém para que os sujeitos alexitímicos persistam em manter uma relação desvitalizada com o mundo e as pessoas, ou seja, estes sujeitos estão inconscientemente a protegerem-se de profundas angústias psicóticas, envolvendo a ameaça ao direito de existirem e possuírem uma identidade autónoma, medo à intrusão e de serem destrutivamente influenciados, invadidos ou possuídos pelo outro.

Para McDougall (1991) a modalidade comunicativa e relacional afectiva pode, em alguns casos, ser comparada à retirada esquizóide, já que “ambas procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas”.

A não comunicação de afectos pode ser equivalente a um estado de não relação. A procura de destruição do vínculo afectivo com os outros teria como objectivo manter a ilusão de auto-suficiência (Bion, 1959).

O facto de não existir um eco emocional dos doentes psicossomáticos na relação, poderia traduzir um ataque ao vínculo. Uma forma de manifestar o seu desagrado, a sua raiva e o seu ódio.

Coimbra de Matos (2003) fala no “fazer de morto”, da não reacção, não como tendo um significado agressivo, mas antes como sendo uma reacção passiva de resposta à agressividade do outro.

Esta forma de reagir, não reagindo afectivamente, deriva do facto de o indivíduo não ter recebido as respostas adequadas do meio. O indivíduo não tem consciência de que lhe

falta algo. Surge por imaturidade do aparelho mental do bebé pequeno ou, mais tarde, por estar sobrecarregado por estímulos e não ter forma de lidar com as emoções, acabando por haver uma repercussão física.

Esta incapacidade para reagir emocionalmente, não sentindo, por exemplo, as perdas afectivas, faz com que haja uma repercussão no biológico. Como não existe uma descarga no psicológico, esta tensão acumulada tem de escoar por algum lado, sendo pela vértice biológico. Existe, desta forma, um acting-in.

Esta reacção de “fazer de morto”, semelhante à reacção da avestruz que, pressentindo o perigo, coloca a cabeça debaixo da terra, deixando, no entanto, o corpo a descoberto, é uma desistência “é uma reacção de sobrevivência à custa da vivência”. Esta desistência da vida feita pelo doente psicossomático é a única solução que tem para lidar com uma vida sem prazer, sem alegria ou cor.

Dos contributos dos autores referidos podemos extrair várias linhas de referência que poderão caracterizar as relações de objecto em pacientes psicossomáticos:

1- Hiperdependência em relação ao objecto. Uma dependência patológica, que não deixa espaço para que a identidade do sujeito surja, ficando este dependente do objecto.

2- A relação privilegiada com o objecto primário patogénico (com a mãe, maioritariamente), como sendo um factor etiológico de grande relevo.

3- O objecto dos pacientes psicossomáticos é considerado como narcísico.

As relações de objecto do paciente psicossomático são caracterizadas por uma indiferença afectiva. Esta transforma as relações num espaço pobre, áspero e seco, como se fosse um deserto. Mas o paciente psicossomático não procura o tão esperado oásis, porque não sente que algo lhe falta.

PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

7. Definição do Problema

7.1. Enquadramento

O âmbito desta investigação, ao estudar um grupo de doentes com lupus eritematoso sistémico (LES) e com asma, comparando com um grupo de indivíduos saudáveis, cruza duas problemáticas: a da doença crónica e da doença psicossomática.

Quanto à primeira problemática a doença crónica é um acontecimento de vida que tem em conta variáveis psicológicas e sociais, conduzindo a pessoa doente a uma constante necessidade de ajustamento. O indivíduo com doença crónica tem, por vezes, de enfrentar situações de separação da família e amigos, alteração de planos para o futuro, ataques à auto-estima e auto-imagem, perda de estatuto, ansiedade e depressão, sendo por isso um acontecimento não normativo que constitui um poderoso agente stressor.

O stress emocional associado à doença crónica condiciona uma redução substancial na qualidade de vida, podendo ser promotor de morbilidade psicopatológica e podendo interferir com o processo de reabilitação (Taylor, 1990).

Ao definirem-se por não terem cura, as doenças crónicas são, segundo Blanchard (1982), doenças que têm de ser geridas em vez de curadas. Necessitam de cuidados primários, com o necessário desenvolvimento de estratégias de adaptação, avaliação e com a finalidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes.

Espera-se encontrar nestes dois grupos de doentes, sintomatologia, estilos relacionais, factores de personalidade, qualidade de vida diferenciais que possam contribuir para o melhor conhecimento das etiopatogenias e reacção a estas duas doenças, possibilitando assim, abordagens clínicas mais abrangentes nestes doentes.

Procurar estilos relacionais específicos de cada doença é um dos objectivos deste estudo. Partiu-se da hipótese de que uma relação de objecto determinaria um determinado estilo de vinculação, adoptado pelo indivíduo.

Citando Gomez (2005), “a Teoria da Vinculação de Bowlby foi uma nova orientação nas relações de objecto que acabou por alcançar um estatuto teórico independente”. Segundo este autor, esta teoria assenta nos princípios da primazia da necessidade de relação e da estrutura relacional do self das relações de objecto, e “contribui, de certa forma, para dar comprovação objectiva aos conceitos das relações de objecto”.

As nossas figuras primárias de vinculação constituem a “base segura” a partir da qual podemos irromper no mundo, sabendo que temos um refúgio ao qual voltaremos. Sem esta base suficientemente segura, sentimo-nos ansiosos; sem a oportunidade de explorar. As nossas experiências de relação e exploração estão codificadas num “modelo interno de trabalho”, uma base interna que reflecte a segurança ou insegurança das nossas vinculações e incorpora os modos de relacionamento e exploração que aprendemo (Gomez, 2005).

“Apesar do seu inconformismo, a Teoria da Vinculação segue claramente os princípios das relações de objecto. É consciencioso na sua insistência na primazia da relação” (Gomez, 2005).

Segundo Shane et al. (1997), a psicologia do self, formulada por Kohut, baseia-se na noção de vinculação como uma motivação central do self para o estabelecimento e manutenção da coesão do self.

Kohut (citado por Fonagy, 2001) especificou que quando os pais não conseguem satisfazer as necessidades narcísicas da criança, a representação do self como onipotente e a representação do prestador dos cuidados como perfeito, tornam-se em

insensíveis ou duros, causando perturbações nas relações interpessoais, bem como disfunções nas representações do self, porque a representação mudou.

Algumas perspectivas teóricas de Kernberg (1984, citado por Fonagy, 2001) têm uma ligação com a teoria da vinculação. Os indivíduos com altos níveis de organização da personalidade são considerados como capazes de integrar representações positivas e negativas dos outros. Evoluíram desde as fases da infância onde as boas e más representações do self e dos outros encontravam-se combinadas com valências afectivas, e as representações que continham elementos hostis e amados foram formadas. Para Kernberg estas representações influenciam o futuro, nomeadamente as relações que se estabelecem, porque estão interiorizadas, fazendo parte da relação do objecto.

Quanto à segunda problemática, procura-se esclarecer a natureza psicossomática destas duas doenças.

A asma é uma doença considerada psicossomática desde há muito (Alexander, 1989; Goodwin, 2003), sendo considerada uma das “sete doenças psicossomáticas sagradas” (Luban-Plozza et al, 1992). Nela tem-se verificado, em alguns estudos, uma capacidade deficiente para expressar afecto, que pode ir desde uma inabilidade em pensar acerca dos seus sentimentos até quebra ou descontinuidade na personalidade (Jackson, 1976).

Por outro lado o LES, apesar de menos estudado no âmbito das doenças psicossomáticas, apresenta clinicamente um perfil psicossomático onde se pode esperar encontrar uma dificuldade em lidar com os afectos, conduzindo à inibição e à repressão dos mesmos.

O LES e a Asma são duas doenças crónicas e duas reacções de hipersensibilidade, são, no entanto, duas patologias distintas. Na asma, como numa doença alérgica, existe uma reacção excessiva a um elemento (antígeno) que vem do exterior, enquanto que no LES, existe uma reacção imunitária exagerada às células, tecidos e órgãos do próprio corpo.

No LES existe uma reacção de hipersensibilidade do tipo III, em que os imunocomplexos constituídos por antígenos nucleares e os auto-anticorpos correspondentes são responsáveis pela nefropatia e outras lesões sistémicas. Enquanto que na asma existe uma reacção de tipo I, com uma reacção excessiva a um antígeno aparentemente inofensivo.

Com base nestas premissas fisiopatológicas pretende-se verificar eventuais analogias com os estilos de vinculação, ou seja, se os mecanismos fisiopatológicos diferentes estão associados a estilos de vinculação e a mecanismos de defesa distintos.

Esta curiosidade é suportada pela hipótese de que no LES haverá uma interiorização de um objecto maligno (o indivíduo dirige a agressividade para si próprio) enquanto, na asma haveria uma reacção excessiva do indivíduo ao elemento exterior percebido como ameaçador, e nesse sentido, enquanto que no LES o indivíduo dirige a agressividade para o interior, na asma pode acontecer o oposto (para o exterior). Nas duas patologias parece haver uma forma desajustada de lidar com a agressividade.

7.2. Finalidade

É finalidade do nosso estudo contribuir para uma maior compreensão das modulações psicopatológicas, modulações adaptativas e sobre a influência ou determinação dos factores psicológicos e psicossomáticos na doença destes indivíduos, no sentido de contribuir para uma melhoria do desempenho clínico destes doentes.

7.3. Objectivos

Objectivo principal

O objectivo principal deste estudo é o de comparar o estilo de vinculação em doentes com LES e em doentes com asma, em relação a um grupo de controlo saudável.

Objectivo geral secundário

O objectivo geral secundário deste estudo pretende caracterizar e comparar as duas populações clínicas em termos de: psicopatologia, personalidade, mecanismos de defesa utilizados, estilo de vinculação, avaliar a qualidade de vida, o perfil psicossomático e a alexitimia.

Objectivos específicos

- Investigar se existem características alexitímicas nas duas populações.
- Averiguar se a população de LES apresentará mais sintomas psicopatológicos que a população de asma.
- Verificar se a população de asma apresentará maior prevalência de sintomatologia ansiosa.
- Conferir se no LES se observa uma predominância de mecanismos de defesa repressivos.
- Averiguar se na asma se espera que os indivíduos adoptem mais mecanismos de defesa projectivos.
- Verificar a existência de piores indicadores de qualidade de vida nas duas doenças crónicas.

- Apurar qual é o grupo que percepção pior qualidade de vida e que reporta piores funcionamentos e desempenhos físicos e emocionais.
- Verificar uma associação entre as características alexitímicas e o estilo de vinculação evitante.
- Averiguar uma relação entre um perfil psicossomático e um estilo de vinculação.
- Procurar uma relação entre os estilos de vinculação e as dimensões da personalidade.
- Apurar uma relação entre o padrão de vinculação do adulto e os mecanismos de defesa adoptados.
- Verificar se um estilo de vinculação mais inseguro pode propiciar mais sintomatologia psicopatológica.
- Averiguar uma relação entre um estilo de vinculação ansioso e sintomatologia ansiosa.
- Atestar uma relação entre os estilos educativos parentais de rejeição e os estilos de vinculação inseguros.
- Verificar se um estilo educativo parental de sobreprotecção é predictor de estilos de vinculação inseguros.
- Procurar se um estilo de vinculação seguro predizirá melhor qualidade de vida.
- Verificar se os estilos de vinculação inseguros estão associados a pior percepção da qualidade de vida.

8. Metodologia

8.1. Desenho do estudo

A classificação das investigações em Ciências Sociais e Humanas é feita de acordo com o seu desenho, em: estudos experimentais, estudos quasi-experimentais e estudos não experimentais (Kiehl & Bloomquist, 1985; Pedhazur & Schmelkin, 1991), com base nos critérios de manipulação da variável independente e tipo de distribuição dos indivíduos pelos diferentes níveis ou categorias formadas a partir da manipulação da variável independente.

A corrente investigação, não utiliza a manipulação de variáveis independentes, obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991). O estudo é descritivo, transversal (aplicado num determinado momento) e de tipo caso de controlo.

8.2. Amostra

A amostra foi constituída por dois grupos de doentes correspondentes à presença dos tipos de patologia mencionados (LES e Asma) e um grupo de controlo (de pessoas saudáveis, sem patologia mental ou orgânica).

A opção por comparar grupos homogéneos em relação às variáveis referidas tem como objectivo que os resultados expressem, da forma o mais aproximada possível, as diferenças entre os dois grupos.

Os doentes de LES foram sequencialmente estudados nas Consultas Externas do Hospital de Santa Maria: - LES, Serviço de Medicina Interna 2 B. A amostra de doentes com Asma foi observada nas Consultas Externas de Alergologia. O grupo de controlo foi seleccionado por sexo, idade e classe social. Todos os participantes do estudo foram diagnosticados pelos médicos dos referidos serviços, consoante critérios internacionalmente adoptados para as distintas patologias.

Numa investigação desta natureza, a adopção de um único grupo de controlo normal (controlo), não permitiria esclarecer se as diferenças encontradas, para as variáveis estudadas, se poderiam encarar como sendo resultado do LES ou se, pelo contrário, resultavam maioritariamente da situação de doença prolongada ou crónica e potencialmente letal, comum a outras doenças como a Asma. Por essa razão foi relevante constituir um segundo grupo de controlo clínico (como doença crónica recorrente) que partilhasse algumas características importantes com o LES, distinguindo-se claramente noutras (nomeadamente as fisiopatológicas).

Com esse intuito, procedeu-se à escolha do grupo clínico de comparação, que apresentava os seguintes critérios:

- a) Crónica e irreversível.
- b) Progressiva e debilitante.
- c) Necessitada de medicação: tal como sucede no LES, esperar-se-ia que no grupo de controlo clínico os sujeitos tivessem igualmente de tomar medicação para controlar a doença.
- d) Não incapacitante: os sintomas gerados pela patologia em causa não deveriam comprometer a capacidade cognitiva e motora dos respondentes para assim não inviabilizar a sua participação no estudo.

- e) Conhecida: deveriam conhecer-se amplamente os processos bioquímicos bem como as consequências médicas e psicológicas da patologia de comparação, bem como deveria existir uma leitura da mesma por parte de autores no âmbito da psicossomática.
- f) Elevada incidência: a patologia em causa deveria apresentar uma incidência suficientemente elevada entre a população-alvo.

Após o estabelecimento destes critérios, seleccionou-se um grupo de doentes com Asma.

Relativamente ao grupo de indivíduos saudáveis os critérios de inclusão foram: terem entre 18 e oitenta anos, não apresentarem, no momento presente nem durante a infância, LES ou Asma, nem outra doença crónica considerada do âmbito da Psicossomática, nem apresentarem sintomatologia depressiva, ansiosa ou de natureza psicopatológica. Excluíram-se pessoas que tinham medicação médica ou psiquiátrica.

8.3. Caracterização da amostra

As variáveis demográficas recolhidas neste estudo foram: a idade, o sexo, a raça, o estado civil, a situação laboral no momento actual (da aplicação dos testes), a residência actual e as habilitações literárias.

Relativamente à residência actual diferenciou-se entre: Meio rural, Aldeia/Vila ou Cidade, não se tendo diferenciado as cidades. As habilitações literárias foram classificadas em: analfabeto, 4ª Classe, Ensino Liceal (até ao 12º ano) e Ensino Superior.

A situação laboral actual foi diferenciada em: a trabalhar, de baixa, desempregado, reformado e outra.

O tratamento estatístico dos dados demográficos recolhidos permitiu caracterizar globalmente os três grupos em estudo nesta investigação (grupo de Controlo, grupo de Asma e grupo de Lupus eritematoso sistémico - LES), tal como se encontra exposto no Quadro 1.

Grupo de LES

A amostra de doentes com LES é constituída por 46 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 70 anos. A média de idades ronda os 38 anos. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino, apenas quatro sujeitos são do sexo masculino. Existe apenas um sujeito de raça negra, sendo os restantes de raça caucasiana.

Em relação ao estado civil, 60,9% são casados e 30,4 % são solteiros. A maioria dos sujeitos encontra-se a trabalhar (65,2%). No entanto, existem 10,9 % reformados, 6,5 % de indivíduos que estão desempregados e 15,2 % de pessoas que têm outra ocupação, como por exemplo estarem a estudar.

A grande maioria dos indivíduos vive numa cidade (87%); 13 % vive em aldeia/vila.

Relativamente às habilitações literárias, 43,5% tem o ensino liceal, 37 % tem curso superior e 19,6 % concluíram a quarta classe.

Pela descrição desta amostra pode verificar-se ser uma população diferenciada, com nível socio-económico médio.

Grupo de Asma

A amostra dos doentes com asma (n= 41) apresenta algumas diferenças significativas da população anteriormente descrita. A média de idades ronda os 39 anos, sendo que a idade mínima é 17 e a máxima é 89 anos. A maioria dos sujeitos são do sexo feminino

(68,3%), observando-se 31,7 % do sexo masculino. Existem dois sujeitos de raça negra, sendo o restante de raça caucasiana.

No que concerne o estado civil, 51,2 % é casado, 31,7 % é solteiro, 7,3 % é viúvo, 7,3 % encontrando-se vive em união de facto e 2,4 % está divorciado. A maior parte dos sujeitos encontra-se a trabalhar (51,2 %), existindo 29,3 % que têm outra ocupação, 9,8 % estão reformados, 7,3 % encontram-se desempregados e existe uma pessoa (2,4 %) que está de baixa.

A grande maioria dos inquiridos vive na cidade (78 %), 19,5 % vive na aldeia/vila e 2,4 % vivem em meio rural. Em relação às habilitações literárias, 56,1 % tem o ensino liceal, 26,8 % tem a quarta classe, 14,6 % tem curso superior e 2,4 % é analfabeto (um indivíduo).

Na amostra de doentes com asma observa-se predominantemente um nível socio-económico médio-baixo, sendo esta população menos diferenciada que a do LES.

Grupo de Controlo

A amostra de indivíduos saudáveis ($n=31$) é constituída por indivíduos com uma média de idade de 39 anos. 90,3 % dos indivíduos é do sexo feminino, existindo apenas três indivíduos do sexo masculino. Deste grupo destaca-se um indivíduo de raça negra, sendo os restantes de raça caucasiana.

A maioria dos indivíduos são casados (54,8 %), existindo 29 % de solteiros e três indivíduos (9,7 %) divorciados e 6,5 % em união de facto. A esmagadora maioria encontra-se a trabalhar (83,9 %), havendo quatro indivíduos (12,9 %) que têm outra e apenas um indivíduo desempregado (3,2 %).

Desta amostra, 77,4 % vivem na cidade e os restantes sete indivíduos (22,6 %) vivem numa aldeia ou vila.

Nesta amostra existem 67,7 % de indivíduos com o curso superior, 29 % com o curso liceal e apenas um indivíduo (3,2 %) com a quarta classe.

Esta amostra apresenta um nível sócio-cultural médio-alto.

Quadro (1) : Características gerais das amostras

Grupos	Controlo (n=31)	Asma (n=41)	LES (n=46)
Idade			
Média	39,50	39,71	38,59
Desvio-Padrão	10,988	17,778	13,279
Limites	23-58	17-89	18-70
Sexo			
Masculino	3 (9,7 %)	13 (31,7 %)	4 (8,7 %)
Feminino	28 (90,3 %)	28 (68,3 %)	42 (91,3 %)
Raça			
Caucasiana	30 (96,8 %)	39 (95,1 %)	45 (97,8 %)
Negra	1 (3,2 %)	2 (4,9 %)	1 (2,2 %)
Estado Civil			
Solteiro	9 (29,0 %)	13 (31,7 %)	14 (30,4 %)
Casado	17 (54,8 %)	21 (51,2 %)	28 (60,9 %)
Viúvo		3 (7,3 %)	1 (2,2 %)
Divorciado	3 (9,7 %)	1 (2,4 %)	2 (4,3 %)
União de Facto	2 (6,5 %)	3 (7,3 %)	1 (2,2 %)
Situação Laboral			
A trabalhar	26 (83,9 %)	21 (51,2 %)	30 (65,2 %)
Desempregado	1 (3,2 %)	3 (7,3 %)	3 (6,5 %)
De Baixa		1 (2,4 %)	1 (2,2 %)
Reformado		4 (9,8 %)	5 (10,9 %)
Outra	4 (12,9 %)	12 (29,3 %)	7 (15,2 %)
Residência Actual			
Meio Rural		1 (2,4 %)	
Aldeia/Vila	7 (22,6 %)	8 (19,5 %)	6 (13 %)
Cidade	24 (77,4 %)	32 (78 %)	40 (87 %)
Habilitações Literárias			
Analfabeto		1 (2,4 %)	
4ª Classe	1 (3,2 %)	11 (26,8 %)	9 (19,6 %)
Ensino Liceal	9 (29,0 %)	23 (56,1 %)	20 (43,5 %)
Ensino Superior	21 (67,7 %)	6 (14,6 %)	17 (37 %)

Relativamente à variável demográfica idade efectuou-se uma análise de variância (através do teste de Tukey) não se tendo observado diferenças significativas [$F(2,115) = ,084$; n.s.] entre os três grupos, revelando que existe homogeneidade em relação a esta variável.

A análise comparativa do grupo de Controlo (normais) e do grupo de asma permite verificar que existe homogeneidade nas variáveis demográficas: raça [$\chi^2 (1) = .102$; $p = .749$], estado civil [$\chi^2 (4) = 4,208$; $p = .379$] e residência actual [$\chi^2 (2) = .856$; $p = .652$]. No entanto, relativamente às variáveis: sexo [$\chi^2 (1) = 4,676$; $p = .031$], habilitações literárias ($\chi^2 = 23,792$; $p = .000$) e situação laboral [$\chi^2 (4) = 10,479$; $p = .033$] não existe equivalência. No grupo de asma existem mais indivíduos do sexo masculino do que no grupo de controlo. Neste último grupo a maioria dos indivíduos encontravam-se a trabalhar e apresentavam frequência universitária, desta forma, o nível socio-cultural parecia ser mais elevado.

A comparação entre os grupos de Controlo e o LES permite constatar a homogeneidade das variáveis demográficas: sexo [$\chi^2 (1) = .037$; $p = .848$], raça [$\chi^2 (1) = .095$; $p = .758$], estado civil [$\chi^2 (4) = 2,606$; $p = .626$], situação laboral [$\chi^2 (4) = 5,773$; $p = .217$] e residência actual [$\chi^2 (1) = 1,356$; $p = .244$]. No que respeita a variável habilitações literárias, o grupo de controlo apresenta uma percentagem elevada de indivíduos com curso superior [$\chi^2 (2) = 8,994$; $p = .011$].

Quando comparados, o grupo de asma e o grupo de LES mostraram homogeneidade nas variáveis demográficas: raça [$\chi^2 (1) = .476$; $p = .490$], estado civil [$\chi^2 (4) = 3,093$; $p = .542$], situação laboral [$\chi^2 (4) = 2,737$; $p = .603$], residência actual [$\chi^2 (2) = 1,894$; $p = .388$] e habilitações literárias [$\chi^2 (3) = 6,404$; $p = .094$]. Por outro lado, não se observou equivalência na variável sexo [$\chi^2 (1) = 7,301$; $p = .007$]. Esta situação pode dever-se ao facto de o LES ser uma doença que afecta, maioritariamente, as mulheres (Nascimento, 2000; Ballone et al., 2002).

8.4. Variáveis

Procurando este estudo diferenciar psicologicamente duas populações de doentes com doença crónica, seleccionámos o seguinte tipo de variáveis:

Padrão de vinculação do adulto

Classificou-se esta variável em três estilos: Inseguro-Ansioso, Seguro e Inseguro-Evitante. Os estilos ansioso e evitante são estilos inseguros de vinculação, mas têm particularidades e diferenças, como já foi referido anteriormente.

Alexitimia

Pretende-se averiguar as características alexitímicas nos diferentes grupos estudados. Existe um score global e três factores: Factor 1 (capacidade para identificar e descrever sentimentos e diferenciar sentimentos de sensações corporais); Factor 2 (dificuldade em comunicar e expressar sentimentos) e Factor 3 (orientação dos pensamentos para acontecimentos externos mais do que para acontecimentos internos).

Perfil Psicossomático

Relacionada com a variável anterior, está o perfil psicossomático, existindo dois constructos: Locus de Controlo e Assertividade. O primeiro constructo reflecte a forma como as pessoas lidam com as situações. Cotações elevadas nesta escala indicam um locus de controlo externo (pessoas que lidam com as situações esperando pela ajuda de alguém de fora), enquanto que um resultado baixo reflecte um locus de controlo interno (incapacidade para pedir e aceitar a ajuda de outras pessoas).

A assertividade espelha a predisposição que uma pessoa tem em mostrar e defender as suas necessidades e opiniões. Dá conta da capacidade de uma pessoa em defender os seus direitos, mesmo contra a oposição dos outros. Espelha a capacidade de a pessoa

resolver conflitos - se tem medo de os enfrentar ou não. Resultados baixos podem indicar uma negação da agressividade, o que pode ser um sinal de um funcionamento alexitímico. Resultados muito altos podem ser indiciadores da presença de uma conversão histórica (Sivik et al., 1999).

Personalidade

As dimensões da personalidade consideradas são - neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade e conscienciosidade.

Mecanismos de Defesa

Também se consideraram os mecanismos de defesa utilizados pelos indivíduos, dividindo-se em cinco grupos: o grupo TAO (Turning Against Object), que consiste em direccionar a agressividade para o objecto externo; o grupo PRO (Projection) em que o sujeito lida com o conflito expressando agressividade em relação a um objecto externo, mas atribuindo-lhe, sem uma justificação plausível, características ou intenções negativas; o grupo PRN (Principilization), que lida com o conflito isolando o afecto do seu conteúdo e reprimindo-o depois; o grupo TAS (Turning Against Self), que dirige o comportamento agressivo para si próprio; e, por fim, o REV (Reversal), em que defesas que lidam com o conflito respondendo de forma positiva ou neutra a um objecto frustrante de que se pode esperar uma reacção negativa.

Sintomas e estados psicopatológicos

Considerou-se os seguintes índices que indicam sintomatologia psicopatológica: depressão, ansiedade, perturbações obsessivo-compulsivas, sensibilidade interpessoal, hostilidade, fobias, somatização, ideação paranóide e psicoticismo. Nestas variáveis existe um especial relevo para a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Estilos educativos parentais

Incluem-se, também, variáveis relativamente às atitudes educativas dos pais (pai e mãe).

As atitudes parentais sugeridas são: suporte emocional, rejeição e sobreprotecção.

Qualidade de vida

Relativamente à qualidade de vida, focalizou-se oito aspectos deste conceito: função física, função social, papel social, saúde mental, saúde geral, dor corporal, vitalidade e percepção global de saúde. Também se considerou a variável estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás.

8.5. Instrumentos de Medida

A opção em utilizar os testes escolhidos para avaliar as variáveis mencionadas, baseou-se na informação adquirida sobre as suas características psicométricas, no facto de estarem validados para a população portuguesa e serem testes já utilizados em vários estudos.

Toronto Alexythimia Scale (TAS-20)

Utilizou-se o Toronto Alexythimia Scale (TAS-20) para a determinação e avaliação de características alexitímicas. Desenvolvida por Taylor e Doody (1985), é um questionário de auto-avaliação formado por 26 itens tipo Lickert. A análise factorial conduziu a uma estrutura de quatro factores, congruentes com o constructo de alexitimia: dificuldade em identificar e diferenciar sentimentos de sensações corporais; dificuldade em comunicar e expressar sentimentos; reduzidas fantasias e preferência por prestar mais atenção aos acontecimentos externos do que às experiências internas. Para os autores, os três primeiros factores correspondem às principais características definidas por Nemiah e Sifneos para a alexitimia, enquanto que o quarto factor corresponde ao “pensamento operatório” descrito por Marty e M’Uzan. Estudos posteriores têm mostrado que a estrutura factorial da TAS é estável e replicável.

Análises de consistência interna revelaram um alto nível de fiabilidade bem como de estabilidade.

Bagdy e col. (1988), tendo em conta o modelo teórico subjacente à construção da escala e a soma do trabalho entretanto realizado, cujos resultados apoiam a validade e

fiabilidade do instrumento, exprimem a opinião de que é a medida psicométrica e teoricamente mais relevante para a alexitimia.

A TAS-20 foi adaptada (traduzida), validada e aferida para a população portuguesa (Prazeres, 1996; Veríssimo, 2001). A estrutura factorial original da escala mantém-se, bem como a sua consistência interna e precisão teste – reteste para um intervalo de 3 – 6 semanas (Prazeres, 1996; Veríssimo, 2001).

Segundo as indicações da versão original, a escala apresenta um ponto de corte ≥ 61 (claramente alexitímico). Para valores ≤ 51 , o sujeito é classificado como claramente não alexitímico. Os valores intermédios correspondem a alexitimia moderada (Taylor, Bagby e Parker, 1997).

NEO-FFI

Para determinar as características da personalidade utilizou-se o NEO-FFI, que é uma versão reduzida do NEO-PI.

O teste é constituído por 60 perguntas, tipo Likert, pedindo-se ao sujeito para determinar o seu grau de concordância com as afirmações, tendo de escolher desde “Discordo Totalmente” até “Concordo Totalmente”.

O NEO-FFI é uma medida concisa das cinco grandes dimensões da personalidade. Cada um dos factores é avaliado através de cinco escalas de domínios: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura (O), Agradabilidade (A) e Conscienciosidade (C).

O Neuroticismo é a tendência geral para experimentar afectos negativos como medo, tristeza, raiva, culpa e vergonha. Indivíduos com resultados altos neste domínio podem ter ideias irracionais, menos controlo dos seus impulsos e dificuldade em lidar com os outros em alturas de tensão.

A Extroversão é um domínio que reflecte os contactos sociais do indivíduo. Um extrovertido é sociável, gosta de pessoas, prefere grupos largos e reuniões, sendo também falador, activo e assertivo. A introversão é o outro pólo deste domínio, sendo oposto à extroversão.

O domínio Abertura significa a abertura à experiência ou às experiências. Tem a ver com a imaginação do indivíduo, sensibilidade, consideração pelos sentimentos interiores, preferência por variedade, curiosidade intelectual e julgamento independente. Os resultados neste domínio estão associados à educação e à inteligência.

A Agradabilidade mede a sua simpatia para os outros, a disponibilidade do indivíduo para auxiliar os outros e acreditar que os outros o ajudariam em troca.

Por fim, a Conscienciosidade mostra se um indivíduo é consciencioso, determinado, com boa-fé, capaz de se controlar e controlar os seus impulsos. Valores elevados revelam pessoas escrupulosas, pontuais e de confiança.

Barros (1998, citado por Lima, 2003), num trabalho sobre Valores e o Modelo dos Cinco Factores da Personalidade, estudou e adaptou para português a versão reduzida do NEO-PI-R: o NEO-FFI.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Para avaliar sintomas psicopatológicos utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1977), uma versão reduzida do SCL-90-R. É um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de quatro pontos de tipo Likert que vai desde “Nunca” a “Extremamente”.

Existem nove dimensões de sintomatologia avaliadas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade

fóbica, ideacção paranóide e psicoticismo e três Índices Globais. Estes últimos são avaliações sumárias de perturbação emocional e representam diferentes aspectos da psicopatologia.

Cada dimensão é calculada pelo score no número de itens que a constituem, dividindo esse número pelo score total de cada dimensão. O valor de 1.5 é utilizado, habitualmente, como indicador de morbilidade.

A somatização reflecte o mal-estar psicológico proveniente da percepção de uma disfunção corporal. Geralmente as queixas referem-se aos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema com clara mediação autonómica.

A dimensão Obsessões-compulsões inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome.

Na dimensão Sensibilidade interpessoal aparecem os sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente em comparação com outras pessoas.

A dimensão Depressão reflecte um largo espectro de sinais e sintomas dos sintomas clínicos depressivos, como humor disfórico, abatimento, perda de interesse pela vida.

A dimensão Ansiedade agrupa indicadores gerais, tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico.

A dimensão Hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera.

Na dimensão Ansiedade Fóbica aparecem compreendidos os sintomas que ocorrem frequentemente nos estados fóbico-ansiosos e na agorafobia.

A dimensão Ideacção Paranóide representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo.

O Psicoticismo representa, sobretudo, um estilo de vida alienado, esquizóide, bem como sintomas dramáticos de psicose.

Os estudos psicométricos efectuados na versão portuguesa (Canavarro, 1999) revelaram que esta apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas. A validade discriminativa do BSI foi também confirmada através duma análise discriminante de função em que foram colocadas como variáveis discriminadoras as pontuações obtidas nas escalas do BSI e nos três índices gerais e como variável dependente a saúde mental. A função revelou-se estatisticamente significativa na sua globalidade sendo todos os F altamente significativos.

Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Com o objectivo de avaliar as relações de vinculação do adulto optou-se pelo Adult Attachment Scale (AAS-R, Collins & Read, 1990). A escala foi construída com o objectivo de desenvolver o instrumento de três itens de Hazan e Shaver (1987, citado por Canavarro, 1999) e concebida para identificar os três padrões de vinculação mencionados teoricamente: seguro, evitante e ansioso.

A escala é composta por 18 itens, para quantificar o tipo de vinculação predominante, é utilizada uma escala de cinco pontos, de tipo Likert, que vai de “Nada característico em mim” a “Extremamente característico em mim”.

Os estudos psicométricos da versão portuguesa da escala (Canavarro, in press) indicaram que o instrumento possui bons indicadores de fiabilidade e validade. Relativamente ao estudo de consistência interna da escala foram encontrados como valores globais de alpha de Cronbach .73, sendo o coeficiente de Spearman-Borwn de .73.

A análise factorial revelou três dimensões subjacentes: vinculação ansiosa, vinculação segura e vinculação evitante, que foram nomeadas de acordo com as designações de Hazan e Shaver (1987).

A primeira dimensão, vinculação ansiosa, caracteriza-se pelo desejo de manter os parceiros próximos, existindo uma vigilância excessiva relacionada com aspectos ligados à separação. A vinculação segura revela sujeitos que estabelecem relações com os outros facilmente, sendo estas relações adequadas, respondendo às necessidades do próprio sujeito, proporcionando sensações de segurança e bem-estar.

Por último, a vinculação evitante é caracterizada por estratégias de diminuição da importância da relação: os parceiros são percebidos como fontes indutoras de stress e alvos de desconfiança.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) foi criada e desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o intuito de constituir um instrumento para perceber as modificações que vão ocorrendo no estado emocional dos pacientes, bem como para aceder à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão (Zigmond & Snaith, 1983).

A HADS é uma escala de auto-aplicação, composta por catorze itens que permitem num único instrumento aceder a duas subescalas distintas: uma destinada à mensuração da Ansiedade (constituída pelos itens 1, 3, 5, 7, 9, 11 e 13) e a outra respeitante à Depressão (composta pelos itens: 2, 4, 6, 8, 10, 12 e 14).

Esta escala destina-se a quantificar a Ansiedade e a Depressão, em contexto médico-hospitalar e demonstrou ser uma medida válida da gravidade destas duas perturbações psicopatológicas (Zigmond & Snaith, 1983).

Para a depressão o conceito organizador da subescala é a presença do estado de anedonia ou incapacidade para experimentar reacções de prazer (Klein, 1974). Os sete

itens da subescala de ansiedade foram extraídos do PSE (Wing, 1974) e dum trabalho pessoal de Snaith (1982).

Os indivíduos que obtêm um valor superior a 8, para a subescala de ansiedade ou depressão, já são considerados como apresentando um estado de ansiedade ou depressão clínica pronunciada (Zigmond & Snaith, 1983 e Walker et al, 1999).

Esta escala foi traduzida para a população portuguesa por Santos e Costa (1990).

Memórias de Infância (EMBU)

No intuito de avaliar as relações com os pais, pai e mãe separadamente, durante a infância e adolescência, o Inventory for Assessing Memories of Parental Rearing Behaviour (EMBU; C. Perris, L. Jacobson, H. Lindstorm, L. Von Knorring, H. Perris, 1980). A versão portuguesa desta escala recebeu a designação de Memórias de Infância, embora se utilize a sigla EMBU, que é a designação mais utilizada na literatura.

Este instrumento utiliza uma escala de tipo Likert de 4 pontos, que vai desde “Não, nunca” até “Sim, a maior parte do tempo”.

A primeira versão era constituída por 81 itens que se agrupavam em 14 dimensões, correspondentes a catorze tipos de práticas educativas. Num estudo posterior Arrindell et al. (1983) submeteram os 81 itens a análise factorial, com rotação de tipo varimax, acabando por obter quatro factores distintos: Rejeição, Suporte Emocional, Sobreprotecção e Preferência em Relação aos Irmãos.

Neste estudo foi utilizada uma forma abreviada do inventário desenvolvido por Arrindell et al. (1994), tendo esta sido utilizada em quinze países diferentes, tendo-se obtido níveis satisfatórios de variância intercultural para os três primeiros factores. A versão utilizada nesta investigação tem 23 itens.

Os estudos psicométricos das Memórias de Infância (Canavarro, 1996) revelaram, de forma global, bons índices de fiabilidade e validade do instrumento. Ao submeter os 23 itens a uma análise factorial encontraram-se três dimensões subjacentes, para o Pai e para a Mãe, condicentes com os factores mencionados para a versão longa da escala: Suporte Emocional, Rejeição e Sobreprotecção.

Estes factores são descritos por Arrindell e van der Ende (1994). O primeiro é definido como o leque de comportamentos dos pais perante o filho que fazem com que este se sinta confortável na sua presença e lhe confirmem a ideia de que é aprovado como pessoa pelos seus progenitores.

O segundo factor é descrito como o somatório de comportamentos dos pais tendentes a modificar a vontade do filho; estes são sentidos por este como uma rejeição do próprio como indivíduo.

Em último, a Sobreprotecção reflecte o comportamento parental caracterizado por protecção (excessiva) de experiências indutoras de stress e adversidades.

Teste Psicossomático de Sivik (SPS)

Para avaliar o perfil psicossomático utilizou-se o Teste Psicossomático de Sivik (SPS, Sivik, 1999). O SPS consiste em cinco figuras, quatro das quais baseadas em quatro figuras do T.A.T., que, segundo a autora, são muito úteis no reconhecimento dos doentes psicossomáticos. Estas figuras são acompanhadas de 81 afirmações. Ao sujeito são-lhe dado instruções para indicar o grau de concordância com cada afirmação (segundo uma escala tipo Likert): concordo “Totalmente” até “Nada”.

Baseado nas figuras desenvolveu-se, então, um teste projectivo-estrutural, no qual ao sujeito é pedido para escolher entre um certo número de afirmações correspondentes ao conteúdo dos desenhos.

O teste é composto por cinco escalas/constructos, sendo algumas delas divididas em sub-escalas, que reflectem dois conceitos operacionais fundamentais. Os constructos são: Estilo de Coping Emocional; Confiança nos Outros; Estilo Relacional, sendo este dividido em 2 subescalas, Conflitos Sexuais e Ansiedade Existencial; Locus de Controlo e Assertividade.

Este teste foi validado para a população portuguesa por Barbosa (2002).

Defense Mechanisms Inventory (DMI)

O Defense Mechanisms Inventory (DMI) tem como finalidade avaliar os mecanismos de defesa utilizados pelo indivíduo (Gleiser e Ihilevich, 1969).

Em cada versão deste inventário existem dez pequenas histórias, nas quais uma pessoa é confrontada com situações potencialmente frustrantes e conflictuosas. Cada uma destas histórias diz respeito a uma área conflictiva da personalidade humana: autoridade, independência, masculino/feminino, competição e situacional. Após a leitura de cada história pede-se ao sujeito que responda a quatro perguntas respeitantes a possíveis reacções suas à situação descrita na história: comportamento actual, comportamento impulsivo em fantasia, pensamentos e sentimentos. Para cada pergunta oferecem-se cinco respostas, entre as quais os sujeitos devem escolher duas: aquela que avaliam como mais próxima da sua reacção pessoal e aquela que avaliam como mais distante da sua reacção pessoal.

Este teste indica-nos cinco estilos de mecanismos de defesa. No grupo TAO (Turning Against Other), estão incluídos os mecanismos de defesa que lidam com o conflito atacando o objecto externo frustrante, real ou presumido. Inclui a expressão de agressividade directa ou indirecta, que tem como objectivo dominar ameaças externas percebidas ou conflitos internos mascarados.

O grupo PRO (Projection), refere-se aos mecanismos de defesa pelos quais o sujeito atribui ao objecto de relação intenções ou características negativas, na ausência de razões objectivas. Esta atribuição é usada para justificar a expressão de pensamentos, comportamentos e sentimentos hostis em relação a outrem.

No grupo PRN (Principalization), incluem-se os mecanismos de defesa que separam o afecto do conteúdo e reprimem o afecto (intelectualização, isolamento e racionalização). Estes processos defensivos falsificam a realidade, reinterpretando-a, usando princípios gerais sob a forma de clichés. Utilizando estes princípios redirecciona-se a atenção de aspectos específicos para aspectos abstractos, modificando o significado pessoal das ameaças percebidas.

O grupo TAS (Turning Against Self) respeita aos mecanismos de defesa que lidam com o conflito dirigindo o comportamento agressivo contra o próprio sujeito. Manobras intrapunitivas são desencadeadas para falsificar a realidade com a finalidade de reduzir ameaças percebidas à própria auto-estima.

E, por fim, o grupo REV (Reversal) engloba os mecanismos de defesa que lidam com o conflito criando respostas positivas ou neutras face ao objecto frustrante em que se esperam reacções negativas (negação, formação reactiva e repressão), respostas a ameaças internas e externas que minimizem a gravidade das ameaças ou conflitos e não deixem tomar consciência da existência de outros perigos óbvios.

Este teste foi adaptado para a população portuguesa por Justo (1989), existindo uma versão feminina e outra masculina.

Short Form-36 Health Survey (SF-36)

Para medir a qualidade de vida, utilizou-se o SF-36. O formato deste instrumento de medição genérico contém 36 itens cobrindo as oito dimensões de estado de saúde e

detectando tanto os estados positivos como os negativos de saúde. Citando Ferreira (2000), “O SF-36 é considerado uma medida genérica de saúde uma vez que se destina a medir conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um”.

O SF-36 foi construído para representar oito dos conceitos mais importantes em saúde: funcionamento físico (limitação nas actividades físicas por problemas de saúde); funcionamento social (limitação nas actividades sociais por problemas de saúde); desempenho físico (limitação no papel social por problemas de saúde físicos); desempenho emocional (limitação no papel social por problemas emocionais); dor física ou corporal; saúde em geral (bem-estar psíquico e stress psicológico); vitalidade; percepção global da saúde e estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás.

Estas oito escalas podem ser agrupadas em duas componentes: saúde física e saúde mental.

Este instrumento foi validado e adaptado para a população portuguesa por Ferreira (2000).

8.6. Tratamento estatístico dos dados

A análise estatística dos dados foi realizada recorrendo ao programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences, versão 13.0 para Windows.

Iniciou-se pelos métodos próprios da estatística descritiva: distribuição de frequências e, para as variáveis quantitativas, o estudo das médias, valores máximos e mínimos e desvios-padrão.

Na inferência estatística e para as variáveis cardinais recorreu-se aos métodos paramétricos sempre que se verificaram os pressupostos quanto à distribuição básica.

Desse modo, usou-se, para a comparação de médias, o teste t de student para amostras independentes. Para as variáveis ordinais recorreu-se à técnica não paramétrica, teste de Mann-Whitney.

Na comparação de frequências entre grupos usou-se o Qui 2 complexo, para tabelas de contingência de 3x2 e 2x2, quando a frequência para cada célula foi >5 .

Foram efectuados estudos de correlação com a totalidade da amostra e estudos de correlação parcial para os grupos. Usou-se o produto-momento de Pearson para as variáveis cardinais sempre que se encontraram reunidos os pressupostos da distribuição básica.

As análises multivariadas que se efectuaram foram a análise discriminante e a regressão múltipla.

O nível de crítico de significância estatística adoptado foi, de acordo com a natureza do estudo e a prática corrente na investigação em Ciências Sociais, o de 5 % correspondendo, portanto, a um intervalo de confiança não inferior a 95 % (Bryman & Cramer, 1993).

9. Resultados

Ao longo deste capítulo serão expostos os resultados obtidos após o tratamento estatístico dos dados provenientes da aplicação da bateria de instrumentos escolhida.

Em primeiro lugar focar-se-ão os resultados obtidos pelo TAS-20 e pelo SPS, de seguida, da personalidade e dos mecanismos de defesa (NEO-FFI e DMI). Em terceiro lugar abordar-se-á a psicopatologia (BSI e HADS). O estilo de vinculação (EVA) será a quarta dimensão a ser referida, seguido pela atitudes parentais (EMBU) e, no final, pela qualidade de vida (SF-36).

Optou-se pela seguinte estrutura geral na apresentação dos resultados:

9.1. Resultados relativos ao Grupo de Asma

9.2. Resultados relativos ao Grupo de Lupus

9.3. Resultados relativos à relação entre o Grupo de Asma e o Grupo de Lupus

9.4. Resultados relativos à comparação entre os três grupos: Controlo, Asma e Lupus

9.1. Resultados relativos ao Grupo de Asma

a) Alexitimia e perfil psicossomático

Quanto à presença de características alexitímicas, a pontuação registada pelos doentes no TAS-20 foi comparada com os resultados obtidos numa população saudável, verificando-se que os doentes com asma obtiveram pontuações significativamente mais elevadas na alexitimia do que os elementos da população normal ($p < 0,0001$) (Quadro 2).

Para o conjunto da população com asma, 34,1 % apresentava uma pontuação demonstrativa da presença de traços alexitímicos (pontuação ≥ 61), enquanto que o mesmo só sucedia com 3,3 % da população saudável. Neste último grupo encontrava-se um maior número de indivíduos não alexitímicos (87,1% com pontuação ≤ 51) do que entre os doentes (31,7%), sendo a diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 (2) = 16,137; p < 0,001$].

Também se observou que existem 34,1 % de doentes de asma com características moderadas, enquanto que só se observou 9,7 % de indivíduos do grupo de saudáveis com estas características.

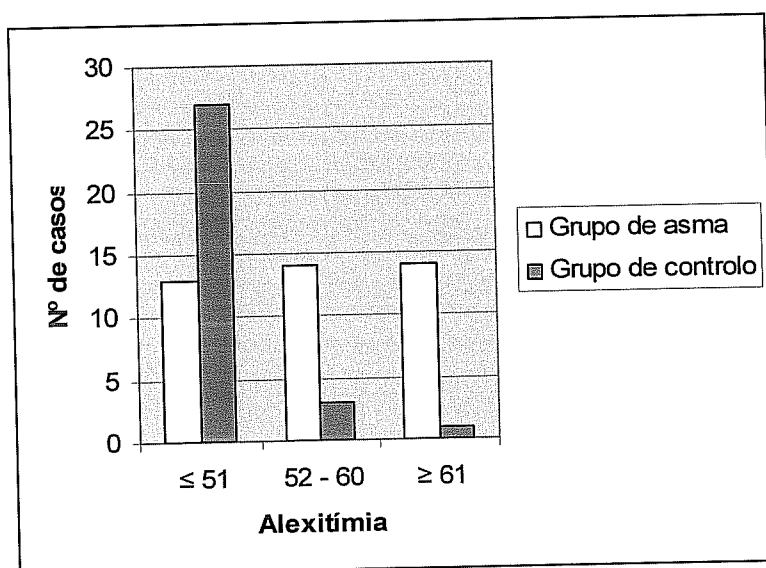
Quadro 2: Alexitimia (TAS-20): comparação de resultados obtidos nas populações com asma e normal.

	Asma (n= 41)	Controlo (n= 31)
Alexitimia		
Média	55,88	42,13
Desvio-Padrão	10,496	10,095
Limites	23 - 76	28 - 61
T-test	T= 5,538 p< 0,0001	
Valores (N, %)		

≥ 61	14 (34,1)	1 (3,2)
≤51	13 (31,7)	27 (87,1)
52-60	14 (34,1)	3 (9,7)
χ^2	$\chi^2=16,861$ p<0,001	

O Gráfico 1 mostra o número de casos, das duas amostras, separadas por categorias; 1 - ≥61; 2 - ≤ 51 e 3 - 52-60.

Gráfico 1: Alexitimia no grupo de asma e no grupo de controlo



Considerando os três factores em que se decompõe a escala de avaliação da alexitimia (Factor 1: “capacidade para identificar e descrever sentimentos e diferenciar sentimentos de sensações corporais”; Factor 2: “dificuldade em comunicar e expressar sentimentos”; Factor 3: “orientação dos pensamentos para acontecimentos externos mais do que para acontecimentos internos”), constataram-se diferenças estatisticamente significativas para os três factores, revelando que o grupo de asma tem mais características alexitímicas do que o grupo de pessoas saudáveis (Quadro 3).

Quadro 3: Alexitimia (TAS-20): comparação dos resultados entre o grupo de asma e o grupo de controlo.

TAS-20	Asma (n= 41)	Controlo (n= 31)	
--------	--------------	------------------	--

	X	D. p.	X	D. p.	T test	p<
Factor 1	20,24	5,389	14,17	5,670	4,592	.000
Factor 2	14,80	4,155	11,10	4,245	3,678	.000
Factor 3	21,12	4,039	16,87	3,693	4,545	.000

Neste estudo, utilizou-se o SPS para definir o perfil psicossomático considerando-se apenas o perfil global da escala e os constructos Locus de Controlo e Assertividade.

Quadro 4: Perfil psicossomático (SPS): comparação entre o grupo de asma e o grupo de normais

Constructos	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Locus de Controlo	15,98	4,563	15,27	4,820	0,631	n.s.
Assertividade	22,41	6,352	21,50	7,908	0,591	n.s.
SPS	138,83	21,084	144,17	17,856	- 1,122	n.s.

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas para nenhuns dos constructos, nem para o valor do SPS total (Quadro 4).

Os valores obtidos neste teste são baixos, para as duas populações, no entanto, não indica um perfil psicossomático (score total < 119, para a escala total). Os resultados indicam algumas características deste perfil.

Relativamente ao Locus de controlo, nas duas amostras, os resultados inclinam-se mais para um locus de controlo interno (incapacidade para pedir e aceitar ajuda dos outros).

Estes resultados também podem indicar uma autonomia grande em relação aos outros.

Na assertividade, embora não existam diferenças significativas, os indivíduos do grupo de asma têm uma média que indica que reagem ao exterior (a média dos resultados

situa-se no percentil 95), não escondendo a agressividade. As pessoas do grupo de saudáveis, embora também apresentem resultados altos, estes estão mais perto da média (situando-se no percentil 75)

b) Personalidade e mecanismos de defesa

Comparam-se os resultados obtidos no NEO-FFI da população com asma e da população de indivíduos saudáveis, verificando-se que só para uma dimensão da personalidade [abertura, $t(70) = -5,227$; $p < .0001$] é que existiam diferenças significativas entre as duas populações.

Quadro 5: Comparação das dimensões da personalidade entre os grupos de asma e de pessoas saudáveis

Dimensões	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Neuroticismo	25,61	7,602	22,77	8,076	1,516	n.s.
Extroversão	27,63	5,739	29,80	4,965	- 1,661	n.s.
Abertura	24,56	6,193	31,77	5,042	- 5,227	.000
Agradabilidade	31,88	6,294	31,87	4,833	0,008	n.s.
Consciosidade	35,73	4,904	35,30	5,200	0,876	n.s.

Relativamente às dimensões da personalidade, o grupo de pessoas com asma parece caracterizar-se por uma elevada conscienciosidade e agradabilidade, mostrando procurar ajudar os outros e sendo pessoas escrupulosas. Também revelaram ter pouca abertura a experiências novas e ter menor consideração pelo mundo interno.

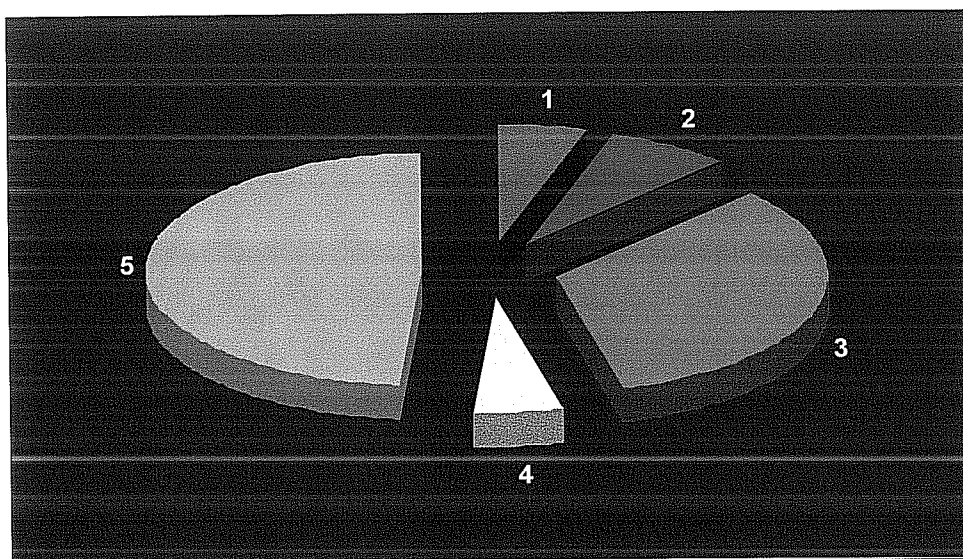
O grupo de controlo, de pessoas saudáveis, não realizou o teste DMI, que avalia os mecanismos de defesa utilizados pelo indivíduo. Por essa razão, não aparecem os resultados desse teste.

Para o grupo de asma, no estudo de mecanismo de defesa, verificou-se que os doentes utilizavam predominantemente as defesas repressivas (Reversal: negação, formação reactiva e repressão) em 46,3% dos doentes, seguido de racionalização e intelectualização (Principalization) (31,7 %). De apontar que só uma pequena percentagem dos doentes adoptavam, como mecanismos predominantes, as defesas agressivas (TAS e TAO).

Quadro 6: Tipo de mecanismo de defesa (DMI) predominantes numa população com asma

Tipo de mecanismo	Tipo predominante (%)	Média	Desvio-padrão
1- TAO	4,9	29,18	10,070
2- PRO	7,3	40,87	6,420
3- PRN	31,7	46,05	6,609
4- TAS	4,9	36,15	7,281
5- REV	46,3	47,54	8,454

Gráfico 2: Tipo de mecanismo predominante, no grupo de asma.



Legenda: 1- TAO; 2- PRO; 3- PRN; 4- TAS e 5- REV.

Quadro 7: Comparação entre os mecanismos de defesa e o género

Tipo de mecanismos	Masculino (n=12)		Feminino (n=27)		Z	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
TAO	25,33	7,596	30,89	10,675	- 1,389	n.s.
PRO	42,00	6,769	40,37	6,325	- .447	n.s.
PRN	47,17	5,491	46,56	7,089	- .690	n.s.
TAS	35,67	6,372	36,37	7,767	- .275	n.s.
REV	49,50	8,405	46,67	8,485	- .673	n.s.

Na medida em que existe uma versão masculina e outra feminina deste teste, procuraram-se diferenças entre as duas populações. Como as amostras são pequenas utilizou-se o teste U de Mann e Whitney, não se tendo encontrado diferenças significativas (Quadro 7).

Para ambos os sexos, o mecanismo predominante são as defesas repressivas, seguidas da racionalização e intelectualização, sendo os outros mecanismos pouco utilizados. No

entanto, os indivíduos do sexo feminino adoptavam mais as defesas repressivas (Reversal: negação, formação reactiva, repressão) (Quadro 8).

Quadro 8: Tipo de mecanismo de defesa predominante para os sexos masculino e feminino

Tipo de mecanismo	%	
	Masculino	Feminino
1- TAO		7,4
2- PRO	16,7	3,7
3- PRN	41,7	29,6
4- TAS		7,4
5- REV	41,7	51,9

Entre estes não se encontraram diferenças significativas relativamente ao sexo [$\chi^2(18) = 4,131$, n.s.]

c) Sintomas e estados psicopatológicos

Quadro 9: Comparação de sintomatologia psicopatológica entre os dois grupos (Asma e Controlo)

Subescalas	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Somatização	1,118	0,695	0,350	0,449	5,291	.000
Obsessão/Compulsão	1,070	0,666	1,024	0,898	0,312	n.s.
Sensibil. Interpessoal	0,908	0,778	0,725	0,714	1,016	n.s.
Depressão	0,952	0,858	0,480	0,560	2,628	.011
Ansiedade	1,069	0,599	0,696	0,473	2,824	.006

Hostilidade	1,004	0,573	0,873	0,593	0,941	n.s.
Ansiedade Fóbica	0,380	0,425	0,303	0,411	0,767	n.s.
Ideacção Paranóide	1,131	0,749	0,912	0,869	1,137	n.s.
Psicoticismo	0,531	0,532	0,480	0,604	0,382	n.s.
GSI	0,916	0,465	0,638	0,467	2,479	.016

GSI – Índice sintomático geral

Nas 9 subdimensões e no score total (GSI), nos dois grupos, obtiveram-se valores sistematicamente abaixo da unidade (sendo utilizado habitualmente o valor de 1.5 como indicador de morbilidade).

Verifica-se que existem, apenas, diferenças significativas para as subescalas somatização, depressão, ansiedade e GSI. No grupo de asma, estas subescalas têm valores maiores do que no grupo de pessoas normais. Sugerindo que os indivíduos com asma apresentam mais queixas somáticas, experienciam maiores níveis de ansiedade e têm mais sintomatologia depressiva.

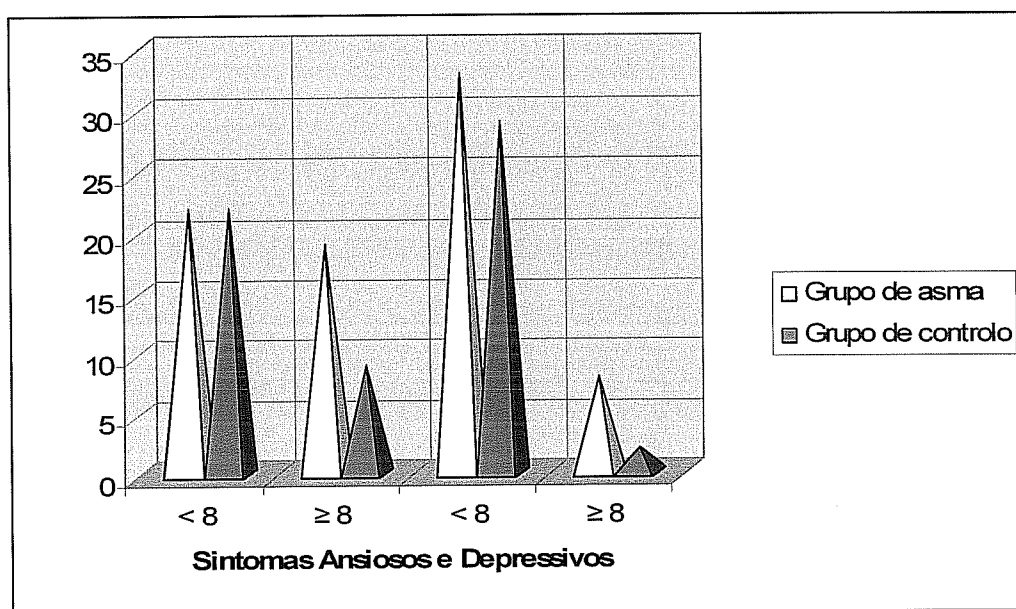
Em relação aos sintomas ansiosos e deprimidos, utilizou-se outro teste para averiguar estas sintomatologias, o teste HADS.

Quadro 10: Comparação da Ansiedade e Depressão (HADS) para os grupos de asma e controlo.

	Asma (n= 41)	Controlo (n= 31)
Ansiedade		
Média	7,71	6,03
Desvio-Padrão	3,593	2,785
Limites	1 – 16	0 - 12
T-test	T= 7,487 p< .0001	
Valores (N, %)		
≥ 8	19 (46,3)	9 (29,0)
< 8	22 (53,7)	22 (71,0)
χ²	χ ² =2,225 n.s.	

Depressão	Asma (n= 41)	Controlo (n= 31)
Média	4,95	2,73
Desvio-Padrão	3,535	2,227
Limites	0 - 13	0 - 9
T-test	T= 3,022 p< .004	
Valores (N, %)		
≥ 8	8 (19,5)	2 (6,7)
< 8	33 (80,5)	29 (93,5)
χ ²	χ ² =2,518 n.s.	

Gráfico 3: Comparação da Sintomatologia ansiosa e depressiva no grupo de asma e no grupo de controlo



Neste gráfico as duas primeiras colunas referem-se aos sintomas ansiosos e as duas últimas aos sintomas depressivos (Gráfico 3).

Calculou-se a percentagem de indivíduos com sintomatologias ansiosa e depressiva, através do ponto de corte 8, ou seja, acima deste valor os indivíduos apresentavam características de sintomatologia ansiosa ou depressiva.

Deste modo, a população com asma apresenta 46,3 % de indivíduos com sintomatologia ansiosa e 19,5 % com sintomatologia depressiva. Por outro lado, no grupo de pessoas

saudáveis existem níveis de sintomatologia ansiosa (29 %) e depressiva (6,7%) mais baixos. No entanto, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras [$\chi^2(1) = 2,225$, para a ansiedade e $\chi^2(1) = 2,518$ para a depressão].

Por outro lado, para as médias dos resultados encontraram-se diferenças estatisticamente significativas, para a sintomatologia ansiosa [$t(70) = 7,487$; $p < .0001$] e para a sintomatologia depressiva [$t(70) = 3,022$; $p < .004$], traduzindo maiores níveis de ansiedade e depressão na população com asma.

d) Estilo de vinculação

Não existem diferenças significativas entre os grupos, para um padrão de vinculação do adulto (Quadro 11).

Quadro 11: Comparação dos grupos em relação aos padrões de vinculação do adulto (EVA)

Vinculação	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Ansiosa	16,59	5,045	15,33	4,490	1,158	n.s.
Segura	16,68	2,494	17,63	3,034	- 1,447	n.s.
Evitante	11,90	3,569	10,90	2,734	1,286	n.s.

O grupo de asma tem valores, ligeiramente superiores aos do grupo de pessoas saudáveis, relativamente ao estilo de vinculação inseguro (ansioso e evitante). E o grupo de controlo tem valores ligeiramente superiores para o estilo de vinculação seguro.

e) Estilos educativos parentais

Numa primeira fase, estudaram-se as diferenças entre o grupo de asma e o grupo de indivíduos saudáveis em relação à percepção dos estilos educativos característicos dos seus pais, separadamente para o pai e para a mãe (Quadro 12).

Quadro 12: comparação dos grupos em relação aos estilos parentais (EMBU)

	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Pai						
Suporte emocional	16,23	5,826	19,59	4,747	-2,551	.013
Rejeição	11,33	4,682	9,41	2,044	2,058	.044
Sobreprotecção	15,58	4,314	14,07	4,621	1,389	n.s.
Mãe						
Suporte emocional	18,00	5,657	20,66	4,099	-2,157	.035
Rejeição	12,80	4,875	11,66	3,801	1,061	n.s.
Sobreprotecção	14,95	3,911	14,66	4,361	0,297	n.s.

Quando comparados os dois grupos verifica-se que no grupo de pessoas saudáveis, durante a infância e adolescência, houve mais suporte emocional, menos rejeição e menos sobreprotecção, tanto por parte do pai como da mãe, embora apenas em relação às práticas educativas de suporte emocional e de rejeição por parte do pai as diferenças sejam significativas entre os dois grupos (Quadro 12).

A partir da observação de que as médias representativas dos estilos parentais educativos da mãe eram superiores às do pai, para todas as dimensões consideradas, realizaram-se teste-t de medidas repetidas para verificar se as diferenças eram estatisticamente significativas. Os resultados estatísticos confirmaram as diferenças para a dimensão suporte emocional [$t(68) = -3,376$; $p < .001$] e rejeição [$t(68) = -3,486$; $p < .001$]. No entanto, não se encontraram diferenças significativas para a dimensão sobreprotecção ($t = 0.127$; n.s.).

f) Qualidade de vida

Compararam-se as duas amostras (grupo de asma e grupo de indivíduos saudáveis) nas oito dimensões de estado de saúde: funcionamento físico (limitação nas actividades físicas por problemas de saúde) - FF; funcionamento social (limitação nas actividades sociais por problemas de saúde) - FS; desempenho físico (limitação no papel social por problemas de saúde físicos) - DF; desempenho emocional (limitação no papel social por problemas emocionais) - DE; dor física ou corporal - DC; saúde mental em geral (bem-estar psíquico e stress psicológico) - SG; vitalidade - V; percepção global da saúde (PGS) e estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás (ESA). Além destas dimensões, comparou-se com o score total do teste.

Quadro 13: Qualidade de vida (SF-36): comparação entre as duas amostras

Dimensões	Asma		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Func. Físico	67,44	25,547	89,50	12,412	- 4,362	.000
Func. Social	71,24	22,090	84,33	16,945	- 2,712	.008
Desem. Físico	62,20	37,132	93,33	13,021	- 4,393	.000
Desem. Emocional	65,07	36,533	91,13	23,042	- 3,435	.001
Saúde Geral	58,73	20,755	73,97	14,734	- 3,412	.001
Dor Corporal	59,80	32,105	84,87	16,648	- 3,904	.000
Vitalidade	51,46	21,132	66,67	14,223	- 3,412	.001
PGS	49,83	16,651	79,73	14,446	- 7,897	.000
ESA	51,22	27,924	56,67	21,709	0,889	n.s.
Total	536,76	172,396	720,23	99,181	- 5,225	.000

Verifica-se que existem diferenças significativas para quase todas as categorias, exceptuando a categoria estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás. Os resultados sugerem, em geral, que os indivíduos com asma têm pior qualidade de vida que os indivíduos saudáveis.

g) Relações entre estilo de vinculação e as restantes variáveis

Pretende-se procurar correlações entre as diferentes variáveis expostas anteriormente, em relação ao grupo de asma. Utilizou-se o Coeficiente de correlação Produto-momento de Pearson para correlacionar as variáveis.

Num primeiro momento, tendo em consideração o objectivo do estudo, procuraram-se relações entre os padrões de vinculação e as restantes variáveis.

Quadro 14: Correlações com os padrões de vinculação e as características alexitímicas e perfil psicossomático

Padrões de Vinculação	TAS-20	p<	SPS	p<
Inseguro-Ansioso	.163	n.s	.013	n.s
Seguro	-.387	.012	-.060	n.s
Inseguro-Evitante	.146	n.s	.129	n.s

Verificou-se que, a única correlação estatisticamente significativa é entre o padrão de vinculação seguro e o TAS-20, mostrando que se o padrão de vinculação for seguro, em pessoas com asma, a pessoa terá menos características alexitímicas (Quadro 14).

O Quadro 15 apresenta as correlações entre os padrões de vinculação e as dimensões da personalidade e mecanismos de defesa utilizados. Mostrando que existem correlações entre o padrão ansioso e a dimensão neuroticismo, no sentido directo.

O padrão seguro foi o que teve mais correlações com as dimensões da personalidade, nomeadamente com o neuroticismo, extroversão, abertura e conscienciosidade. Existindo correlações directas com os últimos três domínios e existindo uma correlação inversa com o neuroticismo.

Quadro 15: Correlações entre os padrões de vinculação, a personalidade (NEO) e mecanismos de defesa (DMI)

Padrões de Vinculação		NEO N	NEO E	NEO O	NEO A	NEO C	TAO	PRO	PRN	TAS	REV
Ansioso	Pearson Correlation	.323	-.192	-.153	-.023	-.090	-.036	.054	.042	.239	-.230
	p<	.039	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	-.484	.467	.329	-.157	.314	.224	-.049	-.052	-.249	-.031
	p<	.001	.002	.036	n.s.	.046	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	.007	-.108	-.175	-.088	.233	-.023	.118	.121	-.250	.046
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Estes resultados sugerem que um padrão de vinculação seguro, em indivíduos com asma, prediz mais extroversão, mais abertura às experiências e maior conscienciosidade. Relativamente à dimensão neuroticismo, um estilo de vinculação seguro poderá indicar a fraca representação desta característica. Por outro lado, um padrão de vinculação ansioso poderá sugerir mais neuroticismo.

Observaram-se correlações positivas entre os padrões de vinculação e os sintomas psicopatológicos, nomeadamente para o padrão ansioso com a somatização ($r = .399$), sensibilidade interpessoal ($r = .517$), depressão ($r = .483$), ideacção paranóide ($r = .401$) e o índice sintomático geral ($r = .472$). Indivíduos com padrão de vinculação ansioso apresentam mais sintomatologia psicopatológica.

Por outro lado, observaram-se relações inversas entre o padrão de vinculação seguro e os sintomas psicopatológicos, particularmente para os domínios: sensibilidade interpessoal ($r = -.321$), depressão ($r = -.388$) e ansiedade fóbica ($r = -.324$).

Quadro 16: Correlação entre os padrões de vinculação e sintomatologia psicopatológica

Padrões de Vinculação		BSI S	BSI Ob	BSI It	BSI D	BSI A	BSI H	BSI F	BSI Id	BSI Ps	BSI Tot.
Ansioso	Pearson Correlation	.399	.245	.517	.483	.230	.145	.157	.402	.291	.472
	p<	.010	n.s.	.001	.001	n.s.	n.s.	n.s.	.009	n.s.	.002
Seguro	Pearson Correlation	-.118	-.176	-.321	-.388	-.284	.130	-.324	-.218	-.145	-.299
	p<	n.s.	n.s.	.041	.012	n.s.	n.s.	.039	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	.246	.018	.120	.236	.085	.054	.033	.308	.194	.220
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Legenda: S- Somatização; Ob - Obsessões/Compulsões; It - Sensibilidade interpessoal; D - Depressão; A - Ansiedade; H - Hostilidade; F - Ansiedade Fóbica; Id - Ideação paranóide; Ps - Psicoticismo; Tot. - Índice Sintomático Geral.

Em relação à sintomatologia ansiosa e depressiva, apenas se verificaram correlações com a última e os padrões de vinculação ansioso (Pearson Correlation= .457; $p < .003$) e seguro (Pearson Correlation= -.365; $p < .019$), indicando que a depressão pode ser influenciada pelo padrão de vinculação, existindo mais sintomatologia depressiva em pessoas com padrões de vinculação inseguro, particularmente ansioso.

Através da correlação entre os estilos parentais educativos e a vinculação do adulto, pretendia-se verificar a qual a influência das primeiras sobre as últimas. No entanto, encontraram-se poucas correlações entre estas duas variáveis (Quadro 17).

Quadro 17: Correlações entre a vinculação do adulto e estilos parentais educativos

Padrões de Vinculação		Suporte Pai	Suporte Mãe	Rejeição Pai	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Pai	Sob. Mãe
-----------------------	--	-------------	-------------	--------------	--------------	--------------------	----------

Ansioso	Pearson Correlation	-.037	.004	.288	.224	.434	.208
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.005	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	.082	.117	.094	.202	-.060	.247
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	-.026	-.001	.326	.194	.425	.351
	p<	n.s.	n.s.	.040	n.s.	.006	.025

Os resultados obtidos sugerem que a influência de alguns estilos parentais educativos, como: rejeição (pai) e sobreprotecção (ambos os pais) estão correlacionados com o padrão de vinculação evitante. Sugerindo que este estilo de vinculação pode ter tido origem nos estilos parentais referidos.

Relativamente ao padrão de vinculação ansioso, existe uma certa influência da sobreprotecção da figura paterna sobre este.

Não se observaram quaisquer correlações entre a qualidade de vida e as categorias constituintes e os padrões de vinculação (Quadro 18). Isto pode significar que, para a população com asma, os padrões de vinculação têm pouca interferência na qualidade de vida.

Quadro 18: Correlação entre padrão de vinculação e qualidade de vida

Padrões de Vinculação		FF	FS	DF	DE	SG	DC	V	PGS	ESA	Tot.
Ansioso	Pearson Correlation	.063	-.201	.083	-.136	-.239	-.006	-.169	-.080	-.070	-.097
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	-.050	.238	.110	.122	.174	.005	.154	-.213	.284	.138
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	-.069	-.072	.000	-.169	-.088	-.029	-.093	-.063	-.055	-.097
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
--	----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Legenda: FF – Funcionamento Físico; FS – Funcionamento Social; DF – Desempenho Físico; DE – Desempenho Emocional; SG – Saúde Geral; DC – Dor Corporal; V – Vitalidade; PGS – Percepção global de saúde; ESA - estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás.

Procuraram-se correlações entre as características alexitímicas e os sintomas ou estados psicopatológicos, neste grupo, encontrou-se apenas uma correlação significativa, entre TAS e a subescala depressão do BSI ($r = ,339$; $p < .030$).

9.2. Resultados relativos ao Grupo de Lupus

a) Alexitimia e perfil psicossomático

Compararam-se os resultados do grupo de pessoas saudáveis com o grupo de pessoas com Lupus, relativamente às características alexitímicas, verificando-se algumas diferenças significativas (Quadro 19).

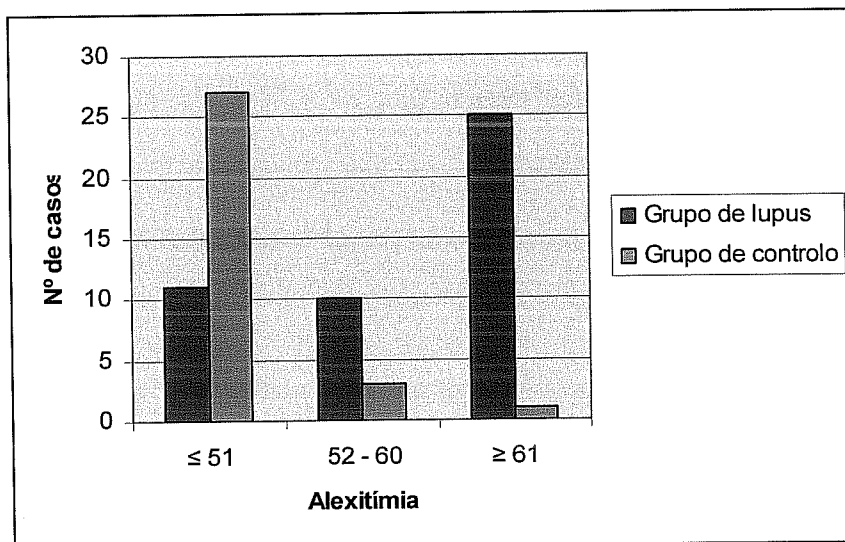
Quadro 19: Alexitimia (TAS-20): comparação de resultados obtidos nas populações com lupus e normal.

Alexitimia	LES (n= 46)	Controlo (n= 31)
Média	59,39	42,13
Desvio-Padrão	11,897	10,095
Limites	33 - 81	28 - 61
T-test	T= 6,551 p< 0,000	
Valores (N, %)		
≥ 61	25 (54,3)	1 (3,2)
≤51	11 (23,9)	27 (87,1)
52-60	10 (21,7)	3 (9,7)
χ ²	χ ² =22,501 p<0,000	

Na amostra de Lupus observa-se uma pontuação demonstrativa (54,3%) da presença de traços alexitímicos (pontuação ≥ 61), enquanto que na população saudável só existe 3,3 % de indivíduos com esses mesmos traços. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos [$\chi^2(2) = 22,501$; $p < 0.000$].

O Gráfico 4 ilustra os resultados apresentados acima.

Gráfico 4: Alexitimia no grupo de lupus e no grupo de controlo



Também se verificam diferenças significativas nos dois grupos para os três factores discriminados por esta escala (TAS-20).

Quadro 20: Alexitimia (TAS-20): comparação dos resultados entre o grupo de lupus e o grupo de controlo.

TAS-20	LES (n= 46)		Controlo (n= 31)		T test	p<
	X	D. p.	X	D. p.		
Factor 1	22,04	6,886	14,17	5,670	5,214	.000
Factor 2	15,26	4,271	11,10	4,245	4,161	.000
Factor 3	20,57	4,920	16,87	3,693	3,518	.001

Pode-se constatar que o grupo de pessoas saudáveis tem menos características alexitímicas que o grupo de lupus.

Para o perfil psicossomático e para os constructos locus de controlo e assertividade, avaliados pelo teste SPS, não se encontraram diferenças significativas entre estas duas amostras, em semelhança ao que se observou entre o grupo de asma e o grupo de pessoas saudáveis.

Quadro 21: Comparação entre o perfil psicossomático e os seus constructos, entre os grupos de lupus e normal.

Constructos	LES		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Locus de Controlo	15,89	4,827	15,27	4,820	0,235	n.s.
Assertividade	21,87	5,795	21,50	7,908	0,552	n.s.
SPS	140,59	17,915	144,17	17,856	- 0,853	n.s.

Os resultados da população com lupus são muito semelhantes às da população do grupo de controlo. Sugerindo algumas características de um perfil psicossomático e um locus de controlo interno.

b) Personalidade e mecanismos de defesa

Pode-se verificar que existem diferenças significativas em três dimensões da personalidade: neuroticismo, extroversão e abertura. Enquanto que os indivíduos do grupo de lupus têm valores mais altos na dimensão neuroticismo ($x = 31,46$) em relação aos indivíduos do grupo de pessoas saudáveis, nas outras duas dimensões são os indivíduos do último grupo que têm valores significativamente superiores (extroversão $x = 29,80$ e abertura $x = 31,77$). Estes resultados podem indicar que os indivíduos do grupo de lupus têm maior tendência para vivenciar afectos negativos (como medo, desespero ou raiva) e que os indivíduos do grupo de pessoas saudáveis são mais extrovertidos, têm maior abertura a novas experiências e são mais tolerantes (Quadro 22).

Quadro 22: Comparação das dimensões da personalidade entre os grupos de lupus e de pessoas saudáveis

Dimensões	LES		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Neuroticismo	31,46	6,873	22,77	8,076	5,026	.000
Extroversão	25,09	6,821	29,80	4,965	- 3,260	.002
Abertura	27,07	6,631	31,77	5,042	- 3,307	.001
Agradabilidade	32,59	4,983	31,87	4,833	0,623	n.s.
Consciosidade	33,02	6,441	35,30	5,200	- 1,622	n.s.

No entanto, a média destas dimensões, exceptuando a dimensão neuroticismo, para o grupo de lupus, encontra-se dentro da média para a população normal, assim como a do grupo de pessoas saudáveis.

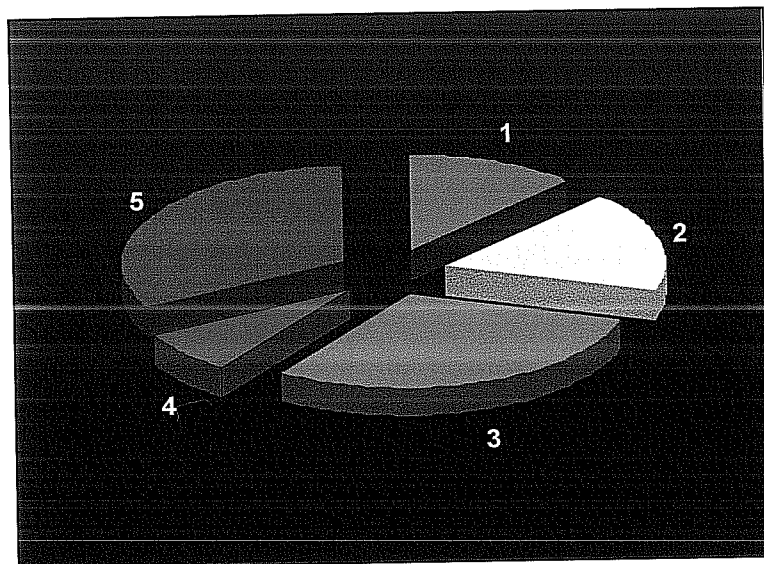
No grupo de lupus não existiu um mecanismo de defesa claramente predominante, tendo-se observado o uso de dois mecanismos de defesa mais frequentes - PRN (intelectualização, isolamento e racionalização) e REV (negação, formação reactiva e repressão) - e a presença de outros dois menos frequentes - PRO (projectção) e TAO (virar a agressividade para o objecto).

Quadro 23: Tipo de mecanismo de defesa (DMI) predominantes numa população com lupus

Tipo de mecanismo	Tipo predominante (%)	Média	Desvio-padrão
1- TAO	10,9	32,40	10,739
2- PRO	15,2	39,53	7,463
3- PRN	26,1	45,60	5,768
4- TAS	6,5	37,93	7,820
5- REV	28,3	44,15	10,883

A apresentação do Gráfico 5 ajuda a visualizar o que foi exposto anteriormente.

Gráfico 5: Tipo de mecanismo predominante, no grupo de lupus



Legenda: 1- TAO; 2- PRO; 3- PRN; 4- TAS e 5- REV

Quadro 24: Tipo de mecanismo de defesa menos utilizado na população com lupus

Tipo de mecanismo	%
1- TAO	52,2
2- PRO	6,5
3- PRN	2,2
4- TAS	15,2
5- REV	10,9

Considerando os mecanismos de defesa menos utilizados verificou-se que o mecanismo TAO é, sem dúvida, o menos utilizado pela maioria dos doentes com lupus. Isto pode sugerir que muitos destes indivíduos evitam tornar-se agressivos com os outros, e como se pode observar até com eles mesmos (percentagem de TAS, 15,2 %). Parece existir uma dificuldade no manejo da agressividade nos indivíduos desta população (Quadro 24).

Devido às duas versões do teste, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino, procuraram-se diferenças entre os dois géneros. Como as amostras são pequenas, utilizou-se o teste não paramétrico U de Mann e Whitney.

Quadro 25: Comparação entre os mecanismos de defesa e o sexo

Tipo de mecanismos	Masculino (n=3)		Feminino (n=37)		Z	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
TAO	22,67	6,429	33,19	10,682	- 1,855	n.s.
PRO	49,33	3,055	38,73	7,152	- 2.372	.011
PRN	47,33	2,309	45,46	5,956	- .491	n.s.
TAS	32,67	5,033	38,35	7,896	- 1.340	n.s.
REV	48,00	3,464	43,84	11,239	- .695	n.s.

Para as duas amostras só se encontraram diferença significativas para o mecanismo de defesa PRO (projectão); no entanto, tendo em consideração o tamanho reduzido da amostra dos elementos do sexo masculino, não se podem tirar quaisquer conclusões.

c) Sintomas e estados psicopatológicos

No estudo da sintomatologia psicopatológica, efectuado através do teste BSI, das oito subescalas e índice sintomático geral, a única que não apresentou diferenças significativas foi a hostilidade entre o grupo de lupus e o grupo de pessoas saudáveis.

Quadro 26: Sintomatologia psicopatológica (BSI) no grupo de lupus e no grupo de saudáveis

Subescalas	LES		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		

Somatização	1,114	0,772	0,350	0,449	5,097	.000
Obsessão/Compulsão	1,612	0,793	1,024	0,898	3,597	.001
Sensibil. Interpessoal	1,309	0,883	0,725	0,714	3,033	.003
Depressão	1,491	0,815	0,480	0,560	5,935	.000
Ansiedade	1,504	0,775	0,696	0,473	5,113	.000
Hostilidade	1,256	0,967	0,873	0,593	1,942	n.s.
Ansiedade Fóbica	0,543	0,560	0,303	0,411	2,021	.047
Ideacção Paranóide	1,404	0,763	0,912	0,869	2,598	.011
Psicoticismo	0,950	0,762	0,480	0,604	2,762	.007
GSI	1,250	0,607	0,638	0,467	4,687	.000

GSI – Índice sintomático geral

No grupo de lupus só as médias das dimensões ansiedade e obsessão/compulsão é que ficaram acima do ponto de corte (sendo utilizado habitualmente o valor de 1.5 como indicador de morbilidade). No entanto, as dimensões sensibilidade interpessoal ($x=1,309$), depressão ($x=1,491$) e ideacção paranóide ($x=1,404$), aproximaram-se do ponto de corte. Outras dimensões, tal como ansiedade fóbica ($x=,0543$) e psicoticismo ($x=0,950$) obtiveram resultados inferiores ao ponto de corte, embora houvesse diferenças significativas nos dois grupos.

No entanto, o grupo de lupus mostra, claramente, que tem mais sintomatologia psicopatológica do que o grupo de indivíduos normais.

Como já se referiu, neste estudo procurou-se apurar, especificamente, a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Quadro 27: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva para os grupos de lupus e controlo.

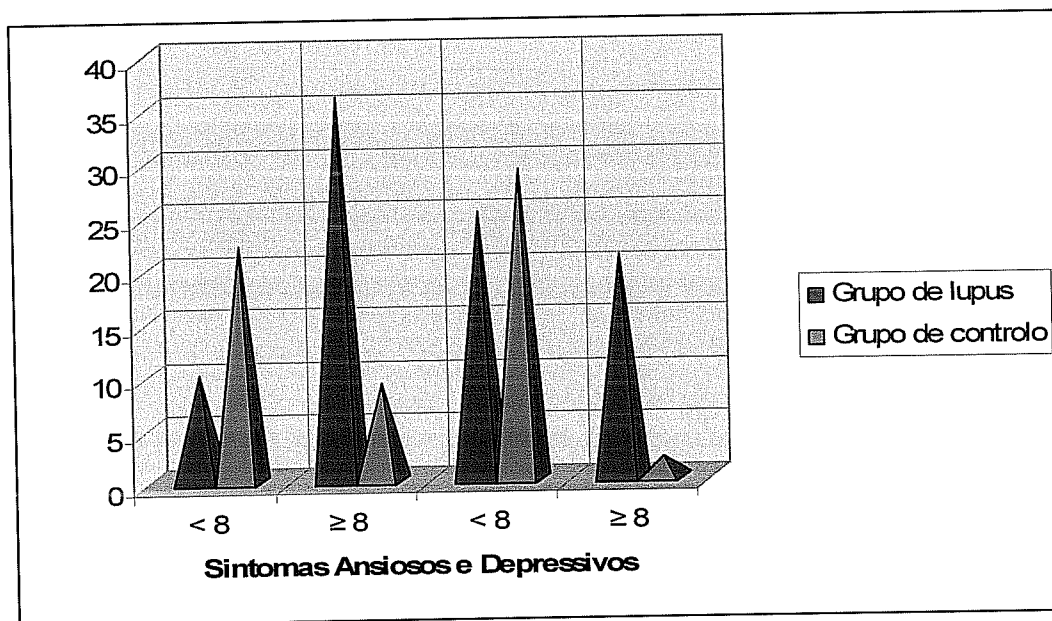
Ansiedade	LES (n= 46)	Controlo (n= 31)
Média	9,85	6,03
Desvio-Padrão	3,688	2,785

Limites	2 - 17	0 - 12
T-test	T= 4,833 p< 0,000	
Valores (N, %)		
≥ 8	36 (78,3)	9 (29,0)
< 8	10 (21,7)	22 (71,0)
χ²	χ ² =18,479 p<0.000	
Depressão	LES (n= 46)	Controlo (n= 31)
Média	6,74	2,73
Desvio-Padrão	4,302	2,227
Limites	0 - 18	0 - 9
T-test	T= 4,698 p< 0,000	
Valores (N, %)		
≥ 8	21 (45,7)	2 (6,5)
< 8	25 (54,3)	29 (93,5)
χ²	χ ² =13,585 p<0.000	

Verifica-se que a sintomatologia ansiosa no grupo de lupus é muito acentuada, ocorrendo o oposto no grupo de controlo. Relativamente à sintomatologia depressiva, no grupo de lupus existe uma considerável percentagem de indivíduos com esta, 45,7 %, enquanto que no grupo de pessoas saudáveis esta é reduzida, ou ínfima (6,7%) (Quadro 27).

O gráfico seguinte ilustra o que foi referido. Neste gráfico as duas primeiras colunas referem-se à sintomatologia ansiosa e as duas últimas à sintomatologia depressiva.

Gráfico 6: Sintomatologia ansiosa e depressiva



Aparentemente, a sintomatologia ansiosa é mais frequente que a sintomatologia depressiva neste tipo de doentes. Algo que também é sugerido por Lindal et al. (1995), hipotetizando que estaria relacionado com a desfiguração originada pelos rashes malares, que são muito comuns nestes doentes (Estes & Christian, 1971).

Os resultados encontrados sugerem que os doentes com lúpus apresentam mais sintomas psicopatológicos que um grupo de pessoas saudáveis, sendo a sintomatologia ansiosa muito frequente, assim como a depressiva, tal como traços obsessivos/compulsivos.

d) Estilo de vinculação

Os diversos tipos de vinculação apresentam diferenças significativas nos grupos considerados. Os indivíduos pertencentes ao grupo de lúpus, por comparação com os do grupo de pessoas saudáveis, apresentam índices mais elevados de vinculação insegura (ansiosa e evitante), sendo as diferenças entre os grupos mais notórias para a vinculação segura (Quadro 28).

Quadro 28: Comparação dos grupos em relação aos padrões de vinculação (VA)

	LES	Controlo		

Vinculação	X	D.P.	X	D.P.	T de Student	p<
Ansiosa	19,11	5,712	15,33	4,490	3,054	.003
Segura	15,11	2,838	17,63	3,034	- 3,689	.000
Evitante	13,24	2,953	10,90	2,734	3,474	.001

No grupo de lupus parece que a vinculação ansiosa tem mais expressão que a evitante. Enquanto que no grupo de controlo um estilo de vinculação seguro é o mais predominante.

e) Estilos educativos parentais

Quadro 29: Comparação dos grupos em relação aos estilos educativos do pai e da mãe (EMBU)

	LES		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Pai						
Suporte emocional	14,78	4,908	19,59	4,747	-4,180	.000
Rejeição	11,39	3,856	9,41	2,044	2,542	.013
Sobreprotecção	15,74	5,230	14,07	4,621	1,407	n.s.
Mãe						
Suporte emocional	14,93	4,795	20,66	4,099	-5,313	.000
Rejeição	14,28	4,675	11,66	3,801	2,541	.013
Sobreprotecção	16,04	4,511	14,66	4,361	1,314	n.s.

Quando comparado com o grupo de indivíduos saudáveis, o grupo de lupus percepciona que ambos os pais, durante a infância e adolescência, apresentaram padrões educativos caracterizados por menor suporte emocional [Pai $t(74) = -4,180$; $p < .000$; e Mãe $t(74) = -5,313$; $p < .000$] e maior rejeição [Pai $t(74) = 2,542$; $p < .013$, e Mãe $t(74) = 2,541$;

$p < .013$]. Em relação à sobreprotecção não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos (Quadro 29).

Nestes resultados as médias representativas dos estilos parentais educativos da mãe eram ligeiramente superiores às do pai, para as dimensões suporte emocional e sobreprotecção, sendo superiores na dimensão rejeição. Confirmaram-se as diferenças para a dimensão rejeição materna [$t(74) = -5,573$; $p < 0,000$], não se pode concluir que os estilos parentais maternos, por comparação com os paternos, são percebidos como mais intensos.

f) Qualidade de vida

Quadro 30: Qualidade de vida (SF-36): comparação entre as duas amostras

Dimensões	LES		Controlo		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Func. Físico	63,22	22,617	89,50	12,412	- 5,800	.000
Func. Social	56,58	22,739	84,33	16,945	- 5,707	.000
Desem. Físico	45,56	36,653	93,33	13,021	- 6,844	.000
Desem. Emocional	40,76	40,810	91,13	23,042	- 6,132	.000
Saúde Geral	47,02	19,375	73,97	14,734	- 6,443	.000
Dor Corporal	49,60	25,174	84,87	16,648	- 6,745	.000
Vitalidade	35,56	16,963	66,67	14,223	- 8,285	.000
PGS	36,20	19,542	79,73	14,446	- 10,438	.000
ESA	52,78	30,256	56,67	21,709	0,607	n.s.
Total	427,00	162,273	720,23	99,181	- 8,846	.000

Legenda: PGS - percepção global da saúde; ESA - estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás

Pode-se certificar que a amostra de lupus apresenta, significativamente, pior qualidade de vida, expressa em quase todas as dimensões, com excepção da dimensão ESA, não existindo diferenças significativas entre as duas amostras.

g) Relações entre estilo de vinculação e as restantes variáveis

Quadro 31: Correlações entre os padrões de vinculação e as características alexitímicas e o perfil psicossomático

Padrões de Vinculação		TAS	Factor 1	Factor 2	Factor 3	SPS	Loc	Ass
Ansioso	Pearson Correlation	.141	.371	.124	-.050	.252	.229	-.282
	p<	n.s.	.011	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	-.099	-.254	-.177	-.350	.051	-.093	-.068
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	.017	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	-.009	.277	.081	-.144	.245	.286	-.015
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

As únicas correlações observadas são as do padrão de vinculação ansioso e o factor 1 (capacidade para identificar e descrever sentimentos e diferenciar sentimentos de sensações corporais), revelando que se o estilo de vinculação for o referido parece existir uma maior dificuldade para identificar e descrever sentimentos, e diferenciar sentimentos de sensações corporais.

A outra correlação registada foi entre o padrão de vinculação seguro e o factor 3 (orientação dos pensamentos para acontecimentos externos mais do que para acontecimentos internos). Esta correlação é inversa, ou seja, quanto mais o estilo de vinculação seja seguro o indivíduo vai considerar o seu mundo interno, não se fixando apenas no mundo externo.

Verificou-se que no grupo de lúpus, a dimensão neuroticismo relaciona-se directamente com o padrão de vinculação ansioso. O estilo de vinculação evitante relaciona-se inversamente com a dimensão extroversão, o que sugere que se uma pessoa evitar mais as relações vai ser mais introvertido, mais virado para si (Quadro 32).

O padrão de vinculação seguro relaciona-se directamente com as dimensões extroversão, abertura e conscienciosidade, tal como aconteceu na amostra de asma. Este padrão tem uma relação inversa com a dimensão da personalidade neuroticismo.

Quadro 32: Correlações entre os padrões de vinculação, a personalidade e mecanismos de defesa

Padrões de Vinculação		NEO N	NEO E	NEO O	NEO A	NEO C	TAO	PRO	PRN	TAS	REV
Ansioso	Pearson Correlation	.412	-.127	-.091	-.094	-.088	.147	-.117	-.099	.026	-.049
	p<	.004	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	-.407	.495	.475	.159	.372	.031	.061	.010	.135	-.207
	p<	.005	.000	.001	n.s.	.011	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	.119	-.339	-.148	-.103	.111	-.307	-.003	.174	.157	.143
	p<	n.s.	.021	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Em relação aos mecanismos de defesa não se encontraram correlações com os padrões de vinculação.

As correlações entre os padrões de vinculação e a sintomatologia psicopatológica são fortes e variadas (Quadro 33).

Quadro 33: Correlação entre os padrões de vinculação e sintomatologia psicopatológica

Padrões de Vinculação		BSI S	BSI Ob	BSI It	BSI D	BSI A	BSI H	BSI F	BSI Id	BSI Ps	BSI Tot.
Ansioso	Pearson Correlation	.379	.244	.604	.551	.412	.564	.509	.545	.610	.657

	p<	.009	n.s.	.000	.000	.004	.000	.000	.000	.000	.000
Seguro	Pearson Correlation	-.199	-.206	-.306	-.223	-.297	-.221	-.283	-.140	-.363	-.324
	p<	n.s.	n.s.	.039	n.s.	.045	n.s.	n.s.	n.s.	.013	.028
Evitante	Pearson Correlation	.448	.406	.410	.399	.407	.236	.201	.548	.429	.493
	p<	.002	.005	.005	.006	.005	n.s.	n.s.	.000	.003	.000

Relativamente ao padrão de vinculação ansioso, este correlaciona-se directamente com quase todas as subescalas, com excepção da obsessão/compulsão. As correlações são positivas, o que indica que este estilo, neste grupo de doentes, pode sugerir maior prevalência de sintomas psicopatológicos. O mesmo sucede com o estilo de vinculação evitante, só não existindo correlação com as subescalas hostilidade e ansiedade fóbica.

O padrão de vinculação seguro correlaciona-se de forma negativa com as subescalas sensibilidade interpessoal, ansiedade, psicoticismo e índice sintomático geral.

Os resultados são sugestivos de que os padrões de vinculação inseguro estão associados a maior prevalência de morbilidade psicopatológica.

A especial atenção à sintomatologia ansiosa e depressiva revelou resultados interessantes, tendo-se verificado correlações positivas entre a sintomatologia ansiosa e o padrão de vinculação ansioso ($r = .296$; $p < .046$) e entre a sintomatologia depressiva e o padrão de vinculação evitante ($r = .413$; $p < .004$). Estes resultados podem sugerir que estes padrões de vinculação podem propiciar as sintomatologias correspondentes.

O padrão de vinculação seguro correlacionou-se negativamente com as sintomatologias ansiosa ($r = -.347$; $p < .018$) e depressiva ($r = -.436$; $p < .002$), sugerindo que existe uma correlação com o estilo de vinculação seguro e a ausência de sintomas psicopatológicos.

A análise das ligações estabelecidas entre as dimensões representativas de estilos parentais educativos paternos e maternos, através de correlações de Pearson, e os

padrões de vinculação do adulto, para o grupo de lupus, não revelaram quaisquer correlações.

Quadro 34: Correlações entre a vinculação do adulto e estilos parentais educativos

Padrões de Vinculação		Suporte Pai	Suporte Mãe	Rejeição Pai	Rejeição Mãe	Sobreprotecção Pai	Sob. Mãe
Ansioso	Pearson Correlation	-.197	-.063	.152	.134	.226	.175
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Seguro	Pearson Correlation	.203	.113	.039	.142	.128	.055
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	-.058	.000	.150	.055	.101	.071
	p<	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Para finalizar estabeleceram-se, através de correlações de Pearson, as relações entre qualidade de vida e as suas dimensões e os padrões de vinculação do adulto.

Quadro 35: Correlação entre padrão de vinculação e qualidade de vida

Padrões de Vinculação		FF	FS	DF	DE	SG	DC	V	PGS	ESA	Tot.
Ansioso	Pearson Correlation	.003	-.299	-.088	-.357	-.398	-.126	-.273	-.139	-.261	-.315
	p<	n.s.	.046	n.s.	.016	.007	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	.035
Seguro	Pearson Correlation	.134	.115	.330	.281	.159	-.051	.273	.185	-.075	.225
	p<	n.s.	n.s.	.027	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Evitante	Pearson Correlation	-.253	-.430	-.431	-.203	-.367	-.253	-.523	-.391	-.247	-.477
	p<	n.s.	.003	.003	n.s.	.013	n.s.	.000	.008	n.s.	.001

Legenda: FF – Funcionamento Físico; FS – Funcionamento Social; DF – Desempenho Físico; DE – Desempenho Emocional; SG – Saúde Geral; DC – Dor Corporal; V – Vitalidade; PGS – Percepção global de saúde; ESA - estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás.

Existem correlações negativas entre os padrões de vinculação inseguros e a qualidade de vida e algumas das suas dimensões. Podendo isto significar que, no grupo de lúpus, os padrões de vinculação podem afectar a forma como a pessoa vive a doença e como lida com ela (Quadro 35).

O padrão de vinculação ansioso correlaciona-se inversamente com as dimensões: função social, saúde mental, saúde geral e o score total de qualidade de vida. Estes resultados podem sugerir que este padrão de vinculação tem um impacto sobre estas dimensões, influenciando-as negativamente.

O padrão de vinculação evitante tem relações negativas com as dimensões: função social, papel social, saúde geral, vitalidade, percepção global de saúde e score total de qualidade de vida. O impacto que este padrão tem sobre a qualidade de vida parece ser grande, determinando a vida social da pessoa, bem como a forma como vivencia a doença e como a percebe.

Por fim, o padrão de vinculação segura tem correlação directa com o papel social.

Ainda se procurou associações entre as características alexitímicas e os sintomas ou estados psicopatológicos.

Quadro 36: Correlação entre TAS e sintomas psicopatológicos

Alexitimia		HADS A	HADS D	BSI Ob	BSI D	BSI Ps	BSI Tot.
Score TAS	Pearson Correlation	.435	.461	.361	.400	.330	.312
	p<	.002	.001	.014	.006	.025	.035

As associações entre as características alexitímicas e as variáveis psicopatológicas apresentadas, sugerem a influência que as primeiras têm sobre a sintomatologia psicopatológica.

9.3. Resultados relativos à relação entre o Grupo de Asma e o Grupo de Lupus

O grupo de asma, neste estudo, tem a função de um segundo grupo de controlo, com o intuito de se perceber se as alterações psicológicas no LES se devem à doença em si ou a uma doença crónica.

Deste modo, compararam-se os resultados das duas amostras.

a) Alexitimia e perfil psicossomático

Não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente às características alexitímicas e o perfil psicossomático, entre estes dois grupos.

Quadro 37: Comparação entre as características alexitímicas e o perfil psicossomático no grupo de lupus e no grupo de asma

Grupos	LES (n= 46)		Asma (n= 41)		T test	P<
	X	D. p.	X	D. p.		
TAS-20	59,39	11,897	55,88	10,496	1,453	n.s.
Factor 1	22,04	6,886	20,24	5,389	1,346	n.s.
Factor 2	15,26	4,271	14,80	4,155	0,504	n.s.
Factor 3	20,57	4,920	21,12	4,039	- 0,573	n.s.
SPS	140,59	17,915	138,83	21,084	0,420	n.s.
Loc	15,89	4,827	15,98	4,563	- 0,083	n.s.
Ass	21,87	5,795	22,41	6,352	- 0,419	n.s.

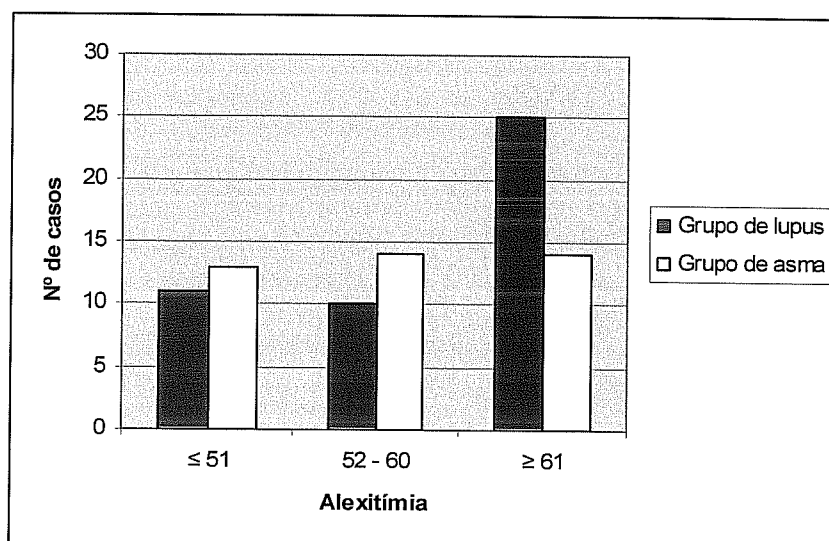
No entanto, pode-se verificar que no grupo de lupus existe uma maior percentagem de indivíduos com características alexitímicas do que no grupo de asma. Mas as diferenças não são significativas (Quadro 38).

Quadro 38: Alexitimia (TAS-20): comparação de resultados obtidos nas populações com lupus e asma.

Alexitimia	LES (n= 46)	Asma (n= 41)
Média	59,39	55,88
Desvio-Padrão	11,897	10,496
Limites	33 - 81	23 - 76
T-test	T= 1,453 n.s.	
Valores (N, %)		
≥ 61	25 (54,3)	14 (34,1)
≤ 51	11 (23,9)	13 (31,7)
52-60	10 (21,7)	14 (34,1)
χ²	χ ² =3,578 n.s.	

O gráfico seguinte ajuda a ilustrar o que está exposto no Quadro 38.

Gráfico 7: Alexitimia no grupo de lupus e no grupo de asma



b) Personalidade e mecanismos de defesa

Comparando-se as duas populações relativamente às cinco dimensões de personalidade avaliadas, observou-se que só existiam diferenças significativas para as dimensões neuroticismo [$t(85) = 3,768$; $p < .000$] e conscienciosidade [$t(85) = -2,187$; $p < .031$]. Os indivíduos do grupo de lupus revelaram ter mais características da primeira dimensão apontada, enquanto que os indivíduos do grupo de asma mostraram ser mais conscienciosos.

Quadro 39: Comparação das dimensões da personalidade (NEO-FFI) entre os grupos de lupus e de asma

Dimensões	LES		Asma		T de Student	p<
	X	D.P.	X	D.P.		
Neuroticismo	31,46	6,873	25,61	7,602	3,768	.000
Extroversão	25,09	6,821	27,63	5,739	-1,872	n.s.
Abertura	27,07	6,631	24,56	6,193	1,814	n.s.
Agradabilidade	32,59	4,983	31,88	6,294	0,585	n.s.
Conscienciosidade	33,02	6,441	35,73	4,904	-2,187	.031

Para os mecanismos de defesa utilizados, também não se encontraram diferenças significativas (Quadro 40).

Quadro 40: Tipo de mecanismo de defesa (DMI) utilizado nas duas populações, de lupus e asma.

Tipo de mecanismo	Tipo Predominante (%)		Média		Desvio-padrão		T	Sig.
	LES	Asma	LES	Asma	LES	Asma		
1- TAO	10,9	4,9	32,40	29,18	10,739	10,070	1,374	n.s.
2- PRO	15,2	7,3	39,53	40,87	7,463	6,420	-0,859	n.s.

3- PRN	26,1	31,7	45,60	46,05	5,768	6,609	-.324	n.s.
4- TAS	6,5	4,9	37,93	36,15	7,820	7,281	1,041	n.s.
5- REV	28,3	46,3	44,15	47,54	10,883	8,454	-1,543	n.s.

c) Sintomas e estados psicopatológicos

Foram encontradas algumas diferenças entre algumas subescalas psicopatológicas entre o grupo de lúpus e o grupo de asma. Nomeadamente, nas subescalas: obsessão/compulsão [t (85) = 3,428; p < .001], sensibilidade interpessoal [t (85) = 2,235; p < .028], depressão [t (85) = 3,004; p < .004], ansiedade [t (85) = 2,898; p < .005], psicoticismo [t (85) = 2,852; p < .005] e índice sintomático geral [t (85) = 2,859; p < .005]. O grupo de lúpus tem maior prevalência de morbilidade psicopatológica.

Quadro 41: Sintomatologia psicopatológica (BSI) no grupo de lúpus e no grupo de asma

Subescalas	LES		Asma		T de Student	P <
	X	D.P..	X	D.P.		
Somatização	1,114	0,772	1,118	0,695	0,170	n.s.
Obsessão/Compulsão	1,612	0,793	1,070	0,666	3,428	.001
Sensibil. Interpessoal	1,309	0,883	0,908	0,778	2,235	.028
Depressão	1,491	0,815	0,952	0,858	3,004	.004
Ansiedade	1,504	0,775	1,069	0,599	2,898	.005
Hostilidade	1,256	0,967	1,004	0,573	1,453	n.s.
Ansiedade Fóbica	0,543	0,560	0,380	0,425	1,515	n.s.
Ideacção Paranóide	1,404	0,763	1,131	0,749	1,678	n.s.
Psicoticismo	0,950	0,762	0,531	0,532	2,852	.005
GSI	1,250	0,607	0,916	0,465	2,859	.005

GSI – Índice sintomático geral

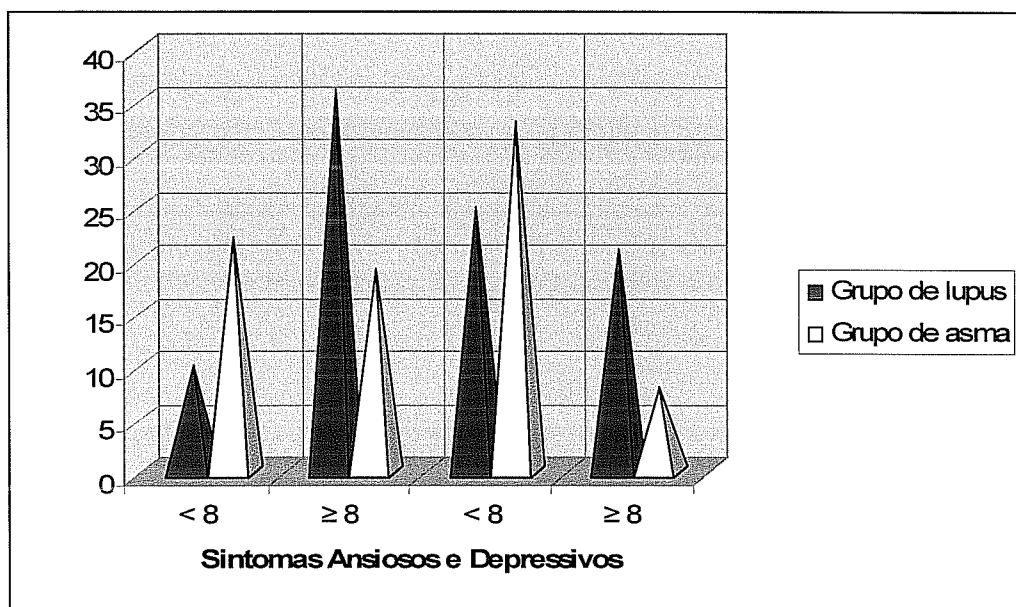
Relativamente à sintomatologia ansiosa e depressiva, também foram encontradas diferenças significativas. No grupo de lupus, observam-se sintomatologias mais acentuadas do que no grupo de asma (Quadro 42).

Quadro 42: Sintomatologia Ansiosa e Depressiva para os grupos de lupus e asma.

Ansiedade	LES (n= 46)	Asma (n= 41)
Média	9,85	7,71
Desvio-Padrão	3,688	3,593
Limites	2 - 17	1 - 16
T-test	T= 2,735 p< 0,008	
Valores (N, %)		
≥ 8	36 (78,3)	19 (46,3)
< 8	10 (21,7)	22 (53,7)
χ²	χ ² =9,499 p<0.002	
Depressão	LES (n= 46)	Asma (n= 41)
Média	6,74	4,95
Desvio-Padrão	4,302	3,535
Limites	0 - 18	0 - 13
T-test	T= 2,102 p< 0,038	
Valores (N, %)		
≥ 8	21 (45,7)	8 (19,5)
< 8	25 (54,3)	33 (80,5)
χ²	χ ² =6,666 p<0.010	

Para uma melhor visualização dos resultados, expõe-se o gráfico 8. No qual as duas primeiras colunas referem-se à sintomatologia ansiosa e as duas últimas aos sintomas depressivos.

Gráfico 8: Sintomatologia ansiosa e depressiva



Estes resultados sugerem que a doença LES induzirá a mais sintomatologia psicopatológica, quer ansiosa ou depressiva, do que a asma.

d) Estilo de vinculação

Quadro 43: Comparação dos grupos em relação aos padrões de vinculação (EVA)

Vinculação	LES		Asma		T de Student	p<
	X	D.P..	X	D.P.		
Ansiosa	19,11	5,712	16,59	5,045	2,268	.026
Segura	15,11	2,838	16,68	2,494	- 2,733	.008
Evitante	13,24	2,953	11,90	3,569	1,911	n.s.

Pode-se constatar que no grupo de indivíduos com asma existe maior média do padrão de vinculação segura e que no grupo de lupus o padrão de vinculação ansioso tem mais expressão (Quadro 43).

e) Estilos educativos parentais

A diferença dos estilos educativos parentais nas duas amostras é quase nula, existindo apenas um estilo, suporte emocional materno, em que se observa alguma diferença. Aparentemente, o grupo de asma percebe maior suporte por parte da mãe do que o grupo de lúpus.

Quadro 44: Comparação dos grupos em relação aos estilos educativos do pai e da mãe (EMBU)

	LES		Asma		T de Student	P<
	X	D.P..	X	D.P..		
Pai						
Suporte emocional	14,78	4,908	16,23	5,826	-1,246	n.s.
Rejeição	11,39	3,856	11,33	4,682	,072	n.s.
Sobreprotecção	15,74	5,230	15,58	4,314	,157	n.s.
Mãe						
Suporte emocional	14,93	4,795	18,00	5,657	-2,735	.008
Rejeição	14,28	4,675	12,80	4,875	1,442	n.s.
Sobreprotecção	16,04	4,511	14,95	3,911	1,200	n.s.

f) Qualidade de vida

Os resultados apresentados revelam que o grupo de asma percebe melhor qualidade de vida do que o grupo de lúpus. Existindo apenas três dimensões - funcionamento físico, dor corporal e estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás - que não demonstram diferenças (Quadro 45).

Quadro 45: Qualidade de vida: comparação entre as duas amostras

Dimensões	LES		Asma		T de Student	p<
	X	D.P..	X	D.P.		

Func. Físico	63,22	22,617	67,44	25,547	-,812	n.s.
Func. Social	56,58	22,739	71,24	22,090	- 3,028	.003
Desem. Físico	45,56	36,653	62,20	37,132	- 2,090	.040
Desem. Emocional	40,76	40,810	65,07	36,533	- 2,901	.005
Saúde Geral	47,02	19,375	58,73	20,755	- 2,706	.008
Dor Corporal	49,60	25,174	59,80	32,105	- 1,648	n.s.
Vitalidade	35,56	16,963	51,46	21,132	- 3,865	.000
PGS	36,20	19,542	49,83	16,651	- 3,464	.001
ESA	52,78	30,256	51,22	27,924	0,247	n.s.
Total	427,00	162,273	536,76	172,396	- 3,041	.003

Legenda: PGS - percepção global da saúde; ESA - estado de saúde actual comparado com aquele de há 1 ano atrás.

9.4. Resultados relativos à comparação entre os três grupos: Controlo, Asma e Lupus

Para analisar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, efectuou-se um procedimento designado por “Comparação múltipla de médias”. O teste utilizado para estas comparações múltiplas foi o teste de Tukey, considerado um dos mais robustos a desvios à normalidade e homogeneidade das variâncias (Maroco, 2005). Este teste mostra as diferenças entre os três grupos, revelando onde existe a diferença, se entre dois grupos, ou se entre os três grupos.

Quadro 46: Comparação múltipla de médias para as três amostras, em relação às características alexitímicas

Variáveis Dependentes		Controlo vs Asma	Controlo vs Lupus	Asma vs Lupus
TAS – Score Total	Mean Difference	-13,745	-17,258	- 3,513
	p<	.000	.000	n.s.
TAS – Factor 1	Mean Difference	- 6,077	-7,877	- 1.800
	p<	.000	.000	n.s.
TAS – Factor 2	Mean Difference	- 3,705	- 4,161	-.456
	p<	.001	.000	n.s.
TAS – Factor 3	Mean Difference	- 4,255	- 3,699	.557
	p<	.000	.001	n.s.

O grupo de controlo é o que apresenta menos características alexitímicas. Os dois grupos clínicos apresentam elevadas características alexitímicas.

Quadro 47: Comparação múltipla de médias para as três amostras, para as dimensões da personalidade (NEO-FFI)

Variáveis Dependentes		Controlo vs Asma	Controlo vs Lupus	Asma vs Lupus
NEO Neuroticismo	Mean Difference	- 2,843	- 8,690	- 5,847
	p<	n.s.	.000	.001
NEO Extroversão	Mean Difference	2,166	4,713	2,547
	p<	n.s.	.003	n.s.
NEO Abertura	Mean Difference	7,206	4,701	- 2,504
	p<	.000	.004	n.s.

O grupo de lupus é quem apresenta valores mais elevados na dimensão neuroticismo. Os indivíduos do grupo de controlo têm como característica mais prevalente em relação aos dois outros grupos, a abertura a novas experiências.

Quadro 48: Comparação múltipla de médias para as três amostras, em relação à sintomatologia psicopatológica (BSI e HADS)

Variáveis Dependentes		Controlo vs Asma	Controlo vs Lupus	Asma vs Lupus
BSI Somatização	Mean Difference	- ,768	- ,795	- ,026
	p<	.000	.000	n.s.
BSI - Sens. Interpessoal	Mean Difference	- ,045	- ,587	- ,541
	p<	n.s.	.001	.001
BSI Obse./Comp.	Mean Difference	- ,183	- ,584	- ,401
	p<	n.s.	.007	n.s.
BSI - Depressão	Mean Difference	- ,472	- 1,011	- ,539
	p<	.033	.000	.004

BSI	–	Mean Difference	-,373	-,808	-,434
Ansiedade		p<	.047	.000	.006
BSI – Id.		Mean Difference	-,219	-,491	-,272
Paranóide		p<	n.s.	.024	n.s.
BSI	–	Mean Difference	-,051	-,470	-,418
Psicoticismo		p<	n.s.	.009	.011
BSI – Total		Mean Difference	-,277	-,612	-,334
		p<	n.s.	.000	.010
HADS	–	Mean Difference	- 1,674	- 3,814	- 2,141
Ansiedade		p<	n.s.	.000	.013
HADS	–	Mean Difference	- 2,218	- 4,006	- 1,788
Depressão		p<	.031	.000	n.s.

O grupo de lupus apresenta maior prevalência de sintomatologia psicopatológica. O grupo de asma diferencia-se do grupo de controlo, relativamente a esta variável, por ter maior incidência de depressão, ansiedade e somatização.

Quadro 49: Comparação múltipla de médias para as três amostras, para o estilo de vinculação (EVA)

Variáveis Dependentes		Controlo vs Asma	Controlo vs Lupus	Asma vs Lupus
EVA – Ansioso	Mean Difference	- 1,252	- 3,775	- 2,523
	p<	n.s.	.005	n.s.
EVA – Seguro	Mean Difference	,950	2,525	1,574
	p<	n.s.	.001	.025
EVA – Evitante	Mean Difference	- 1,002	- 2,339	- 1,337

	p<	n.s.	.005	n.s.
--	----	------	------	------

Os indivíduos do grupo de controlo e do grupo de asma mostraram adoptar, predominantemente, um estilo de vinculação seguro. Enquanto que os indivíduos do grupo de lupus, apresentam estilos de vinculação inseguros (ansioso e evitante).

Quadro 50: Comparação múltipla de médias para as três amostras, relativamente ao estilo educativo parental (EMBU)

Variáveis Dependentes		Controlo vs Asma	Controlo vs Lupus	Asma vs Lupus
Suporte Emocional - Pai	Mean Difference	3,361	4,804	1,442
	p<	.025	.000	n.s.
Suporte Emocional Mãe	Mean Difference	2,655	5,720	3,065
	p<	n.s.	.000	.013
Rejeição - Mãe	Mean Difference	-1,150	-2,627	-1,478
	p<	n.s.	.043	n.s.

No grupo de controlo observou-se que os indivíduos percepcionavam mais suporte emocional do pai. Os indivíduos do grupo de lupus percepcionam menor suporte emocional de ambos os pais. Relativamente ao grupo de asma, parece existir um bom suporte emocional da mãe.

Em todas as variáveis apresentadas existem diferenças significativas entre os grupos, em alguns casos, existe entre os três, noutros existem entre dois grupos.

Os resultados obtidos são congruentes com os anteriormente analisados, verificando-se, de um modo geral, que a população de lupus apresenta mais sintomatologia psicopatológica, padrões de vinculação inseguros, menos suporte emocional, tem mais

características alexitímicas, embora a asma também apresente as mesmas, e, a nível de personalidade, parece ter características mais negativas que as outras dois populações.

Análise Discriminante

Para avaliar os aspectos que diferenciam os grupos de pessoas saudáveis e de doentes com lupus e a forma como se distinguem um do outro, usou-se a Análise Discriminante.

Esta análise permite distinguir entre dois ou mais grupos baseada em variáveis predictivas cuja informação é maximizada através de uma função discriminante (Munro, 1993).

Nos Quadros seguintes descrevem-se em separado as análises discriminantes entre os grupos Controlo/Lupus.

Quadro 51: 1ª Avaliação Controlo/Lupus

Variáveis	Wilks' Lambda	p<
Tas – Alexitimia	,628	.000
Suporte Emocional - Mãe	,522	.000
Bsi – Somatização	,446	.000
Bsi – Psicoticismo	,398	.000
Bsi - Depressão	,361	.000

No Quadro apresentado estão as variáveis que contribuíram para a discriminação entre os dois grupos, possuindo um poder discriminante.

Os coeficientes standart destas variáveis na função discriminante foram os seguintes:

Tas – Alexitimia	,556
Bsi – Somatização	,655
Bsi – Depressão	,603

Bsi – Psicoticismo	- ,910
Suporte Emocional - Mãe	- ,568

Os centróides de Grupo foram os seguintes:

Grupo 1 (Controlo): - 1,63

Grupo 2 (Lupus): 1,06

A percentagem de classificação correcta dos casos foi de 98,7 %.

Quadro 52: Percentagem de classificação dos casos em cada grupo

Grupo Actual	N	Grupo Predicto	
		Controlo	Lupus
Controlo	31	31 100 %	0 0
Lupus	46	1 2,2%	45 97,8 %

Os grupos de asma e controlo, diferenciavam-se pelas seguintes variáveis:

Quadro 53: 1ª Avaliação Controlo/Asma

Variáveis	Wilks' Lambda	p<
Tas – Alexitimia	,691	.000
Bsi – Somatização	,577	.000
Bsi – Sens. Interpessoal	,478	.000
Rejeição – Pai	,449	.000

Para estas variáveis encontraram-se os seguintes coeficientes standart:

Tas – Alexitimia	,751
Bsi – Somatização	1,093
Bsi – Sens. Interpessoal	- ,825

Os centróides de Grupo foram os seguintes:

Grupo 1 (Asma): - 0,62

Grupo 2 (Lupus): 0,54

A percentagem de classificação correcta dos casos foi de 73,6 %.

Quadro 56: Percentagem de classificação dos casos em cada grupo

Grupo Actual	N	Grupo Predicto	
		Asma	Lupus
Asma	41	29 70,7 %	12 29,3 %
Lupus	46	11 23,9%	35 76,1 %

Regressão Múltipla

Com este método, regressão linear múltipla passo-a-passo (“Stepwise”), pretende-se encontrar as variáveis independentes que mais contribuem em conjunto (ou separado) para a explicação de uma variável dependente. É importante sublinhar que estes modelos explicativos não pressupõem necessariamente a existência de relações causais directas entre as variáveis consideradas, sendo mais apropriado dizer que estes modelos permitem estabelecer previsões, isto é, permitem, em função de determinadas variáveis, prever a ocorrência de certos fenómenos ou acontecimentos.

Esta técnica estatística é muito poderosa e bastante usada, já que permite estudar uma multiplicidade de problemas relacionados com a saúde (Munro, 1993).

No presente caso, a variável dependente considerada foi o estilo de vinculação (ansioso, seguro e evitante), procurando-se observar em quais as variáveis que determinam o

estilo de vinculação em cada um dos grupos (Asma e LES). As variáveis independentes consideradas foram a alexitimia (TAS-20), a personalidade (as cinco dimensões do teste NEO-FFI) e o estilo educativo parental (EMBU).

Para o grupo de doentes com asma, quando se considera o estilo de vinculação ansioso como variável dependente, através do método foram encontrados três passos que predizem esta variável. No primeiro passo ($R^2 = ,181$) encontrou-se como preditor a variável estilo educativo parental sobreprotecção paterna [$Beta = ,426$; $t(1) = 2,900$; $p < ,006$]. Num segundo momento ($R^2 = ,266$) encontraram-se como preditores as variáveis estilo educativo parental sobreprotecção paterna [$Beta = ,358$; $t(2) = 2,474$; $p < ,018$] e a dimensão da personalidade neuroticismo [$Beta = ,300$; $t(2) = 2,073$; $p < ,045$].

Num terceiro passo as variáveis predictoras deste estilo de vinculação foram: estilo educativo parental sobreprotecção paterna [$Beta = ,297$; $t(3) = 2,154$; $p < ,038$], a dimensão da personalidade neuroticismo [$Beta = ,429$; $t(3) = 2,951$, $p < ,006$] e o estilo educativo parental sobreprotecção materna [$Beta = ,350$; $t(3) = 2,465$; $p < ,019$].

Em relação ao estilo de vinculação seguro, foram encontrados duas soluções que predizem esta variável. Na primeira solução ($R^2 = ,235$) encontrou-se como preditor a variável dimensão da personalidade neuroticismo [$Beta = -,485$; $t(1) = -3,415$; $p < ,002$]. Na segunda solução ($R^2 = ,326$) otiveve-se uma equação constituída por duas variáveis que prediziam a variável dependente: a dimensão da personalidade neuroticismo [$Beta = -,343$; $t(2) = -2,297$; $p < ,027$] e a dimensão da personalidade extroversão [$Beta = ,333$; $t(2) = 2,236$; $p < ,031$].

Para o estilo de vinculação evitante encontraram-se dois passos que podem predizer esta variável. O primeiro passo ($R^2 = ,181$) aponta para a variável estilo educativo parental sobreprotecção paterna [$Beta = ,425$; $t(1) = 2,896$; $p < ,003$]. No segundo passo

as variáveis encontradas foram: estilo educativo parental sobreprotecção paterna [Beta = ,395; t (2) = 2,841; p < ,007] e o estilo educativo parental sobreprotecção materna [Beta = ,331; t (2) = 2,377; p < ,023].

Para o grupo de doentes com LES, considerando-se o estilo de vinculação ansioso como variável dependente, o método adoptado indica que uma variável prediz a primeira (R Square = ,170): a dimensão da personalidade neuroticismo [Beta = ,412; t (1) = 2,999; p < ,004].

Considerando o estilo de vinculação seguro como variável dependente, obtiveram-se dois passos que predizem esta variável. Num primeiro passo (R Square = ,228) aponta para a variável dimensão da personalidade extroversão [Beta = ,495; t (1) = 3,783; p < ,0001] como o predictor da variável dependente. No segundo passo (R Square = ,401) encontrou-se uma equação constituída por duas variáveis independentes: dimensão da personalidade extroversão [Beta = ,513; t (2) = 4,347; p < ,0001] e a dimensão da personalidade conscienciosidade [Beta = ,395; t (2) = 3,346; p < ,002].

Em relação ao estilo de vinculação evitante como variável dependente, obteve-se um passo que prediz a variável. Neste passo (R Square = ,115) a variável independente dimensão da personalidade extroversão [Beta = -,339; t (1) = -2,388; p < ,021] é o predictos da variável dependente.

No geral verifica-se que as dimensões da personalidade, bem como os estilos educativos parentais podem influenciar o estilo de vinculação do indivíduo.

10. Discussão

10.1. Grupo de Asma

Hazan e Shaver (1987) construíram um instrumento para avaliar a vinculação na idade adulta, descrevendo os vários estilos de vinculação. Quando se referem ao estilo inseguro-ansioso afirmam que existe um desejo do indivíduo em estar mais próximo dos outros, uma preocupação que os outros não gostem dele e um receio de situações e de pessoas diferentes.

Szwec (1993) refere que na relação objectal dos doentes com asma existe um movimento identificatório profundo e sem limites do sujeito ao seu objecto, sendo este investido como “objecto hospedeiro”, aproximando-se o sujeito o mais possível do objecto, até se confundir com ele.

Rydstrom et al. (2004), refere que as mães dos doentes com asma são controladoras e têm dúvidas das capacidades do doente em lidar com muitas das situações do dia-a-dia. Para estes autores a relação das mães com os doentes com asma é caracterizada por controlo e uma ligação muito forte.

Poderia esperar-se que os doentes com asma, na sua grande maioria, adoptassem um estilo de vinculação inseguro-ansioso. No nosso grupo de doentes com asma apesar de não se observar um estilo de vinculação predominante, dois estilos de vinculação tiveram destaque: o seguro e o inseguro-ansioso, ou seja existe uma percentagem significativa de doentes com asma que apresentam boas relações de objecto, tal como indivíduos saudáveis.

Os factores determinantes para os estilos de vinculação inseguros, ansioso e evitante, foram o estilo educativo parental sobreprotecção, para ambos os pais. Traduzindo a influência determinante dos pais sobre estes doentes (Rydstrom et al., 2004).

Em relação ao estilo de vinculação seguro, nestes pacientes, características da personalidade como extroversão e experimentarem menos emoções negativas (neuroticismo) são factores protectores, que podem determinar um estilo de vinculação seguro.

O conceito de alexitimia, que indica uma perturbação específica no funcionamento de um indivíduo, manifestando-se primariamente no seu estilo de pensar (Marty & M'Uzan) e de comunicar (Taylor), é caracterizado por uma acentuada diminuição ou mesmo pela ausência de pensamento simbólico pelo que atitudes internas, sentimentos, fantasias, desejos ou impulsos, não são exteriorizados (Nemiah & Sifneos, 1970).

French e Alexander (1941) hipotetizaram que “a asma é um choro contido”; estes doentes, algumas vezes, procuram não chorar ou rir, existindo dessa forma uma contenção de emoções, uma tentativa de as não manifestarem, porque estas podem desencadear crises de asma. Parece existir uma dificuldade destes doentes em lidar com as emoções. Jackson (1976), refere também que no indivíduo asmático existe uma capacidade deficiente para expressar os afectos.

No nosso grupo observaram-se características alexitímicas num número significativo de doentes.

Em relação à personalidade, o nosso grupo mostrou um perfil muito semelhante aos indivíduos saudáveis, tendo-se, inclusivé, observado uma associação estatisticamente

significativa entre o estilo de vinculação seguro e as dimensões da personalidade (extroversão, abertura e conscienciosidade).

Jackson (1976) considera a negação como o mecanismo de defesa principal nos indivíduos asmáticos. No nosso estudo verificou-se que o uso de mecanismos de defesa repressivos (negação, formação reactiva, repressão), juntamente com a racionalização e intelectualização, foram os mais adoptados. A dificuldade em lidar com os afectos e emoções parece evidente nestes indivíduos, acabando por evitar entrar em contacto com os mesmos.

A doença asmática induz níveis elevados de ansiedade e é agravada por esta (Ballone et al., 2002). Existem evidências que os sintomas ansiosos estão relacionados com uma pior evolução da doença asmática e que o tratamento de perturbações ansiosas pode prevenir a morbilidade da doença asmática (Goodwin, 2003).

Janson et al. (1994) observaram níveis de ansiedade e depressão elevados em doentes com asma, usando o teste HADS, tendo, também, encontrado uma ligação dos sintomas psicopatológicos com o emergir de sintomas físicos ligados à asma. Bosley et al. (1995) encontram níveis elevados de depressão em doentes com asma, usando o mesmo teste. Brown & Zielinski (2003) concluem que existem mais sintomas depressivos em indivíduos asmáticos do que na população em geral.

Comparando com os indivíduos saudáveis, os doentes do nosso grupo de asma revelaram maiores índices de sintomatologias ansiosas e depressivas, confirmando os dados da literatura. Além desta sintomatologia, encontrou-se um elevado nível de somatização, o que confirma os achados de Sperling (1973), que afirma que os

indivíduos com asma não expressam abertamente os seus impulsos agressivos, mas sim através de sintomas somáticos.

Os doentes asmáticos são tradicionalmente descritos sendo muito dependentes da mãe (Sharma e Nadkumar, 1980), acabando por existir uma predominância do clima materno (Sami-Ali, 1987; Rydstrom et al., 2004). O pai do doente com asma é descrito como sendo ausente, fraco e pouco participativo na relação, mas também como sendo rejeitante ou autoritário (Boucoud, 1985).

No nosso estudo observou-se que os indivíduos percepcionavam atitudes rejeitantes por parte da figura paterna e sentindo-a mais ausente, fornecedora de menos suporte emocional, facto que era extensivo a ambos os progenitores.

Os doentes com asma têm pior qualidade de vida em relação a indivíduos saudáveis. O impacto da doença na vida dos indivíduos parece influenciar negativamente o desempenho físico e emocional, bem como a sua vida social.

Quando se correlacionaram os estilos de vinculação com as características anteriormente descritas, verificou-se que neste grupo de doentes, contrariamente aos outros dois grupos (LES e controlo), existe uma associação estatisticamente significativa entre o estilo de vinculação seguro e ausência de características alexitímicas.

Os doentes com estilo de vinculação inseguro-ansioso aparecem associados a características alexitímicas. Confirmando, aliás os achados de Bach & Bach (1995), que referem que a alexitimia é considerada como um factor de risco para doenças físicas ou perturbações psicológicas. Outra perspectiva é apresentada por Kraemer e Loader

(1995), que afirmam que o estilo de vinculação inseguro pode propiciar a uma falha na criança, tendo dificuldades em aprender como se sente, podendo influenciar o emergir de características alexitímicas.

Por outro lado, nos doentes com asma o estilo de vinculação inseguro-ansioso aparece associado com altos índices de psicopatologia e, em particular, com a ansiedade e depressão. Neste grupo observou-se que 46,3 % apresentava sintomas ansiosos e 19,5 % apresentavam sintomatologia depressiva. Estes resultados estão congruentes com outro estudo, Vamos & Kolbe (1999), em 80 doentes com asma, nos quais 25 % apresentava sintomas ansiosos e 10,3 % mostravam sintomas depressivos. Embora, no nosso estudo se tenha observado um nível duplo de sintomatologia ansiosa, em comparação com o estudo referido.

10.2. Grupo de LES

Os doentes com LES caracterizam-se por apresentarem um estilo de vinculação predominantemente do tipo ansioso, manifestando, por isso, dificuldades em estabelecer e manter as relações com os outros.

Estes doentes, quando comparados com indivíduos sem perturbações emocionais, apresentam um maior índice de estilos de vinculação de tipo inseguro (ansioso e evitante).

Um factor preditor do estilo de vinculação ansioso é a dimensão da personalidade neuroticismo.

As dimensões da personalidade extroversão e conscienciosidade podem ser dois factores protectores, determinando um estilo de vinculação segura, nestes pacientes.

Quando se refere à problemática do doente psicossomático Coimbra de Matos (1999a) afirma que são indivíduos que têm uma identidade fendida na do outro, verificando-se uma sujeição/adaptação à lei do objecto, não existindo espaço (ou muito pouco) para o desejo próprio, nem para a fantasia e lógica dos afectos (Coimbra de Matos, 1999b). Existiria, por isso, uma grande identificação com o objecto, que podemos associar a uma das características do estilo de vinculação ansioso: necessidade interior de estar mais próximo dos outros.

Os doentes com LES, exibiram também níveis muito mais elevados de alexitimia do que uma população saudável, confirmando outros trabalhos de investigação realizados no âmbito das doenças somáticas (Fava et al., 1980; Osti et al., 1980; Paulson, 1985; Shipko, 1982; Neill & Sandifer, 1982), dos quais destacamos o de Fernandez et col.

(1989), em doentes com artrite reumatóide, ao encontrar 27,5 % destes doentes com características alexitímicas.

Observou-se uma associação directa entre as características alexitímicas e sintomatologia psicopatológica, particularmente com a ansiedade, depressão, psicoticismo, obsessões/compulsões e índice geral sintomático. Poderá dever-se ao facto de no grupo de LES se observar que quanto mais o indivíduo apresenta um padrão de vinculação ansioso, menor capacidade terá para identificar e descrever sentimentos e terá mais dificuldade em diferenciar estes de sensações corporais. Neste grupo também se observou que indivíduos que adoptem um estilo de vinculação do tipo seguro vão ter maior consideração pelo seu mundo interno, não ficando tão dependentes das situações exteriores.

Os indivíduos com LES apresentam características de personalidade diferentes das do grupo de saudáveis: são mais introvertidos, menos abertos às experiências e experimentando mais emoções negativas (neuroticismo).

Quanto aos mecanismos de defesa, Mendes (1994) e Reiter (1983, citado por Brito, 1998) referem que os doentes com LES lidam com o conflito de uma forma particular, dirigindo a agressividade contra si mesmos e usam outros mecanismos como a negação, formação reactiva e repressão. Esta forma de lidar com a agressividade e com as emoções e sentimentos foi observada no nosso estudo, sendo os mecanismos de defesa mais utilizados os repressivos.

O LES caracteriza-se por haver um envolvimento sistémico, afectando muitos órgãos do corpo humano (Waterloo et al., 1998; Stoll et al., 2001; Boomsma et al., 2002).

Waterloo et al. (1998), num estudo com doentes com LES, referiram que estes apresentavam disfunção psicológica, caracterizada por uma grande preocupação acerca do funcionamento do seu corpo. As alterações no corpo, nomeadamente na pele (Estes & Christian, 1971), podem levar a baixa auto-estima.

No nosso estudo, estes indivíduos também revelaram níveis elevados de somatização, tal como aconteceu com os indivíduos com asma.

No nosso grupo de LES encontraram-se maiores níveis de morbilidade psicopatológica. Estes resultados podem ser compreendidos por duas perspectivas. Numa perspectiva mais psiquiátrica, são aduzidos factores como: natureza multisistémica do LES (Dickens et al., 2005; Waterloo et al., 1998; Ward et al., 2002), comparativamente com a asma, em que só é influenciado o sistema respiratório; o tipo de recorrência de doença, com expectativa incerta sob a natureza e localização da crise (Harrison, 1991; Dickens et al., 2005), contrariamente à da asma, em que os factores desencadeantes e o tipo de sintomas são mais previsíveis; à afectação da imagem corporal (Nascimento, 2000; Waterloo et al., 1998), mais acentuada no LES, com lesões cutâneas e com o decorrente isolamento social (Dickens et al., 2005); expectativa de atingimento de órgãos vitais como os rins ou coração (Liang et al., 1984).

Numa perspectiva psicossomática, o facto destes doentes terem um estilo de vinculação inseguro, condicionado provavelmente pela interiorização de uma relação de objecto ambivalente, cria um terreno de instabilidade e imprevisibilidade com sensação de perda de controlo, bem como uma perda da capacidade para planear o futuro (Dickens et al., 2005), abrindo vias para uma morbilidade psicopatológica mais exuberante.

No entanto, nalguns estudos não se encontrou uma relação entre a morbilidade psiquiátrica, nomeadamente ansiedade e depressão, e os índices de actividade da doença (Waterloo et al., 1998; Purandare et al., 1999; Stoll et al., 2001; Ward et al., 2002).

Quanto aos estilos educativos parentais o grupo de LES percebe menos suporte emocional e maior rejeição das figuras paternas. Confirmando a sugestão psicossomática anteriormente proposta. Nomeadamente, sentem-se menos apoiados e mais rejeitados pelas figuras parentais.

O LES parece ter um impacto grande na qualidade de vida dos doentes e na forma como vivenciam a sua vida (Abu-Shakra et al., 1999; De Costa et al., 2000; Stoll et al., 2001; Boomsma et al., 2002).

A SF-36 confirmou a existência de elevados índices de incapacidade, com prejuízo global da qualidade de vida para o grupo de LES, superior ainda ao verificado para o grupo de asma, relativamente à maioria das dimensões avaliadas, algo que é coerente com o atrás exposto, uma vez que o impacto da doença sobre o indivíduo parece ser maior nos doentes com LES. Existindo mais sintomas físicos, acompanhados de sintomas psicopatológicos, estes indivíduos apresentam pior qualidade de vida.

Ao se correlacionarem os estilos de vinculação e as características descritas verificou-se que não existia uma relação entre características alexitimicas e o estilo de vinculação, algo que aparece descrito noutros estudos (Hexel, 2003; Troisi et al., 2001).

No nosso grupo, parece existir uma associação entre os padrões de vinculação inseguros (ansioso e evitante) e os sintomas psicopatológicos. Uma relação que sugere que a maior prevalência de sintomatologia psicopatológica surge em indivíduos com estes estilos de vinculação. Parker (1982) refere que indivíduos com estilo de vinculação inseguro manifestam dificuldades na auto-regulação da ansiedade e depressão.

Um aspecto interessante é que, relativamente à sintomatologia ansiosa e depressiva, a primeira aparece associada ao estilo de vinculação ansioso e a segunda aparece relacionada com o estilo de vinculação evitante.

Também se observou a associação entre o estilo de vinculação inseguro e a somatização. Kotler et al. (1994), numa amostra de estudantes, encontrou que o estilo de vinculação evitante estava significativamente correlacionado com sintomas físicos e psicológicos. Observando-se um controlo sobre as emoções, que estava relacionado com o estilo de vinculação. Por outro lado, Stuart & Noyes (1999) associaram queixas físicas e somatização com um padrão de vinculação ansioso.

Nos dois grupos de doentes um estilo de vinculação seguro prediz menos sintomas e estados psicopatológicos, confirmando alguns dados citados na revisão teórica. Bowlby (1973) "(...) 1) se uma pessoa tem confiança na disponibilidade da figura de vinculação, será menos provável que apresente medo e ansiedade crónica".

No grupo de LES observou-se também que os doentes que apresentavam um estilo de vinculação inseguro percepcionavam pior qualidade de vida.

10.3. Geral

Procurar-se-á discutir neste âmbito as variáveis que, pelo método da análise discriminante diferenciam os grupos estudados.

A alexitimia constitui-se na principal variável que diferenciou estas duas doenças, LES e asma, de indivíduos saudáveis.

Se bem que, inicialmente, as características alexitímicas terem sido observadas e descritas em pacientes psicossomáticos conduziu à concepção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e doença psicossomática (Lolas & Von Rad, 1989; Taylor, 1987). Nesse sentido, cedo se tornou claro que a alexitimia não é específica nem se verifica de uma forma “universal” nas doenças psicossomáticas (Nemiah, 1982, citado por Taylor, 1987). O resultado descrito é uma constatação importante.

Outra variável que discriminou os grupos de doentes (LES e asma) e indivíduos saudáveis é a subescala do teste BSI – somatização, com valores predominantemente superiores nos doentes.

No grupo de LES outras subescalas de sintomas psicopatológicos ajudaram a diferenciar este grupo do grupo de pessoas saudáveis – a depressão e o psicoticismo. Estes resultados são coerentes com os dados encontrados na revisão bibliográfica.

A outra variável que serviu para diferenciar entre o grupo de LES e o dos indivíduos saudáveis, foi o estilo educativo parental: suporte emocional materno. Esta evidência pode estar relacionada com a hipótese psicossomática anteriormente descrita, em que

nestes doentes, existiria uma relação interiorizada com um objecto ambivalente, percebendo assim menor apoio.

No grupo de Asma a variável rejeição paterna foi discriminante em relação ao grupo de indivíduos saudáveis. Nesta doença o clima materno é predominante sobre a figura paterna, sendo esta percebida como ausente e fraca. A distância com o pai é um aspecto que aparece muitas vezes referido na literatura revista.

Outros factores que discriminaram os dois grupos de doentes foi personalidade, que como vimos aparece nos indivíduos com LES com traços mais introvertidos, mais virados para si, lidando mal com novas experiências, sendo menos tolerantes e acabando por vivenciar mais emoções negativas (neuroticismo), em relação aos indivíduos com asma.

11. Conclusões

11.1. Grupo de asma

Revelou não ter um estilo de vinculação predominante, verificando-se a supremacia de dois estilos: seguro e inseguro-ansioso, tendo o estilo evitante reduzida expressão.

O estilo educativo parental sobreprotecção, de ambos os pais, pode ser um factor que determina um estilo de vinculação inseguro (ansioso ou evitante).

A dimensão da personalidade extroversão pode ser um factor que pode conduzir a um estilo de vinculação seguro.

Apresentou mais características alexitímicas do que os indivíduos saudáveis.

Apresentou mecanismos de defesa repressivos (como a formação reactiva, a repressão ou a negação) e a racionalização e intelectualização.

Evidenciou maior prevalência de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de sintomas ansiosos e depressivos, do que os indivíduos do grupo de controlo. Também, se observou maior prevalência de preocupações somáticas.

Percepcionou maior rejeição por parte do pai e maior suporte emocional por parte da figura materna.

Percepcionou pior qualidade de vida, e apresentou piores desempenhos físicos e emocionais em relação aos indivíduos saudáveis.

Neste grupo, um estilo de vinculação seguro foi predictivo de menos características alexitímicas e reduzida sintomatologia psicopatológica, no entanto um estilo inseguro-ansioso está relacionado com maior prevalência de sintomas psicopatológicos, em particular, a sintomatologia depressiva.

Verificou-se uma associação entre o estilo de vinculação adoptado e alguns estilos educativos parentais, nomeadamente:

- A sobreprotecção paterna associa-se a um estilo de vinculação inseguro-ansioso;
- A sobreprotecção de ambos os pais associa-se a um estilo de vinculação inseguro-evitante;
- A rejeição paterna também aparece associada a um estilo de vinculação inseguro-evitante.

11.2. Grupo de Lupus (LES)

Apresentou como padrão de vinculação mais frequente o de inseguro-ansioso.

A dimensão da personalidade neuroticismo pode determinar um estilo de vinculação inseguro-ansioso.

As dimensões da personalidade extroversão e conscienciosidade podem conduzir a um estilo de vinculação seguro.

Apresentou elevada prevalência de características alexitímicas.

Apresentou os seguintes traços de personalidade predominantes: mais introvertidos, mais reservados, menos abertos a novas experiências, menos consideração pelos sentimentos interiores e menos tolerantes. Os elementos deste grupo apresentam a tendência para experimentar mais afectos negativos (neuroticismo) como, medo, tristeza, raiva, culpa e desgosto. Apresentando uma maior dificuldade em lidar com os outros.

Apresentou uma relação especial com o manejo da agressividade, evitando senti-la ou expressá-la. Evita os conflitos e esta emoção negativa, tentando reprimi-la ou recalá-la (os mecanismos de defesa adoptados são semelhantes aos dos indivíduos com asma, apresentando uma tendência à repressão dos afectos).

Apresentou a maior prevalência de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente depressiva e, particularmente, ansiosa.

Percepcionou menor suporte emocional por parte dos pais, acabando por se sentir mais rejeitados pelos mesmos.

Percepcionou uma pior qualidade de vida do que os outros dois grupos.

O estilo de vinculação inseguro-ansioso relacionou-se com uma menor capacidade para identificar descrever e diferenciar os sentimentos.

O facto destes indivíduos experimentarem mais emoções negativas (neuroticismo) parece estar relacionado com o estilo de vinculação inseguro-ansioso.

O padrão de vinculação inseguro (ansioso ou evitante) é predictor de maior prevalência de sintomatologia psicopatológica.

O estilo de vinculação inseguro-ansioso está associado à existência de mais sintomas ansiosos. O padrão de vinculação inseguro-evitante aparece relacionado com níveis mais elevados de sintomas depressivos.

Conclui-se, que para o grupo de doentes com LES, os padrões de vinculação inseguros predizem uma pior percepção da qualidade de vida e piores desempenhos físicos e emocionais.

Verificou-se uma relação positiva entre as características alexitímicas e a prevalência de sintomatologia psicopatológica.

11.3. Comparação entre os grupos

Os indivíduos com LES apresentaram maiores índices de estilo de vinculação inseguro-ansioso.

Os grupos de indivíduos com patologia (asma e LES) apresentaram maiores níveis de características alexitímicas do que o grupo de indivíduos saudáveis. O grupo de LES apresenta mais características alexitímicas, mas as diferenças entre os grupos não são significativas.

Relativamente às características da personalidade, os indivíduos com LES experimentam mais emoções negativas (neuroticismo) do que os dois outros grupos.

O grupo de LES apresentou maior prevalência de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente de sintomas ansiosos e depressivos.

O facto dos doentes com LES apresentarem maiores índices de morbilidade psicopatológica em relação aos dois outros grupos é coerente com as características de personalidade encontradas. E também é coerente com o estilo de vinculação inseguro-ansioso, adoptado pela maioria destes doentes. O que também pode justificar esta elevada prevalência da morbilidade psicopatológica nestes doentes.

Nos doentes com LES, verificou-se a percepção de uma pior qualidade de vida, mostrando que esta doença tem maior impacto do que a asma sobre os indivíduos.

Em Síntese

A especificidade da doença (LES) parece ser o factor explicativo para estes resultados e não o facto desta doença ser crónica. Porque os indivíduos com asma, têm uma doença crónica, mas não experimentam as dificuldades que os doentes com LES vivem.

Embora também apresentem dificuldades e morbilidade psicopatológica, particularmente ansiosa, os indivíduos com asma apresentam uma maior aproximação com os indivíduos saudáveis no que concerne ao estilo de vinculação adoptado, às características de personalidade e aos estilos educativos parentais. A elevação dos sintomas ansiosos pode-se prender com a antecipação das crises e da tensão constante em lidar com as mesmas.

Esta investigação ao demonstrar um estilo de vinculação insegura predominante nos doentes com LES, e com menor intensidade na asma, associada a características alexitímicas, a maior morbilidade psicopatológica e pior qualidade de vida, chama a atenção para a necessidade de intervenção psicológica/psicoterapêutica junto destes doentes, para além da intervenção médica e psicofarmacológica.

Os nossos resultados apontam, também, que a necessidade de uma estabilidade de uma relação médico-doente e um eventual trabalho psicológico especializado sobre os factores da personalidade (neuroticismo, características alexitímicas), como factores indispensáveis a uma maior qualidade de vida destes doentes e a uma eventual melhoria do seu prognóstico.

12. Bibliografia

- Abramson, H. A. (1961). Intractable asthma, conflict of period of toilet training. *Journal of Psychology*, vol. 52, p. 223.
- Abu-Shakra, M., Mader, R., Langevitz, P., Friger, M., Codish, S., Neumann, L., et al. (1999). Quality of life in systemic lupus erythematosus: a controlled study. *Journal of Rheumatology*, vol. 26, p. 306-309.
- Agarwal, K., Sethi, J. (1978). A study of psychogenic factors in bronchial asthma. *Journal Asthma Research*, vol. 15 (4), p. 191-198.
- Ainsworth, M. (1969). Object relations dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, vol. 40.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, Z., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment – a psychopathological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Alexander, F. (1989). *Medicina Psicossomática: seus princípios e aplicações* (Ceia B. Fischmann, trad.). : Porto Alegre: Artes Médicas.
- Amaya, J. (1995). *Psicoanálisis y Psicossomática*. *Idea*, vol. 19, p. 9-15.

Antunes, A., Franco, S., Malheiro, E., São José, M., Rosete, V. (2004). Gravidez em doentes com lúpus eritematoso sistémico. Análise de uma década. *Acta Reumatológica Portuguesa*, vol. 29, nº1.

Arrindell, W. A., Emmelkamp, P. M. G., Brilman, E. & Monsma, A. (1983). Psychiatric evaluation of an inventory for assessment of parental rearing practices. *Acta Psychiatrica Scandinava*, vol. 67, p. 163-177.

Arrindell, W. A., Perris, C., Eisemann, M., Van der Ende, J., Gasgner, P., Iwawaki, S., Maj, S., & Zhang, J. (1994). Parental rearing behaviour from a cross-cultural perspective: a summary of data obtained in 14 nations. In C. Perris, W. Arrindell & M. Eisemann. (Eds.), *Parenting and Psychopathology*. New York: John Wiley & Sons.

Bach, M., & Bach, D. (1995). Predictive value of alexithymia: a prospective study in somatizing patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 64, p. 43-48.

Bagby, R., Taylor, G., & Parker, J. (1988). Construct validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 50, p. 29-34.

Ballone, G., Neto, E., Ortolani, I. (2002). *Da Emoção à Lesão: um guia de Medicina Psicossomática*. São Paulo: Manole.

Ballou, S. P., Khan, M. A., Kushner, I. (1982). Clinical features of systemic lupus erythematosus: differences related to race and age of onset. *Arthritis Rheum.*, vol. 25.

Barbosa, A., e Cordeiro, J. D. (1986). Perturbações psicofisiológicas – medicina psicossomática. In J.D. Cordeiro (Ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Barbosa, F. (2002). Validação do teste psicossomático de Sivik (SPS) para a população portuguesa. Monografia na área de Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.

Bateman, A., e Holmes, J. (1998). *Introdução à psicanálise – teoria e prática contemporâneas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Berman, W. H., Marcus, L., & Berman, E. R. (1994). Attachment in marital relations. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and development perspectives*. New York: Guilford Press.

Berman, W. H., & Sperling, M. B. (1994). The structure and function of adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults – clinical and development perspectives*. New York: Guilford Press.

Bion, W.R: (1959). Ataques ao elo de ligação. *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 40, p. 308-315.

Bosley, C. M., Fosbury, J. A., & Cochrane, G. M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma. *Eur. Respiratory Journal*, vol. 8, p. 899-904.

Boomsma, M., Bijl, M., Stegeman, C., Kallenberg, C., Hoffman, G., & Tervaert, J. (2002). Patients' perceptions of the effects of systemic lupus erythematosus on health, function, income, and interpersonal relationships: a comparison with Wegener's granulomatosis. *Arthritis & Rheumatism*, vol. 47, n° 2, p. 196-201.

Bouchet, D. (1990). Les psychanalysts devant la Sida. *Revue Française de Psychanalyse*, vol. 3, p. 865-873.

Boucoud, M. (1985). *Psychosomatique de l'enfant asthmatique*. S. i. : Pierre Mardaga

Boushey, H. A. (1981). Neural mechanisms in bronchial asthma. In H. Weiner, M. A. Hofer & A. J. Stunkard (Eds.). *Brain, behaviour and bodily disease*. New York: Raven Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. II. Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

- (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- (1982, 1^a ed. 1969). *Attachment and loss: Vol. I. Attachment (2^a ed.)*. New York.
- (1988). *A secure Base*. London: Routledge.

Braconnier, A. (2000). *Psicologia dinâmica e psicanálise*. Lisboa: Climepsi Editores.

Brás, L. (1997). Alterações psicológicas no doente com LES. *Impaciente: APDL*, ano 1, nº 0.

Brenner, C. (1973). *Noções básicas de psicanálise: introdução à psicologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Bresnihan, B. (1982). CNS lupus. *Clinics in Rheumatic Diseases*, vol. 8.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 50 (Serial Nº 209).

Brito, S. (1998). *Depressão numa população de doentes com Lupus eritematoso sistémico*. Monografia na área de Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.

Brown, E. & Zielinski, T. (2003). Depression in patients with asthma. In Brown ES (Ed): *Asthma: Social and Psychological Factors and Psychosomatic Syndromes*. *Adv Psychosom Med*, vol. 24. Basel: Karger.

Bryman, A., & Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS*. (Alexandra F. de Barros, trad., 2ª edição). Oeiras: Celta.

Cady, S. (1992). *Les corps, les mouvement et la parole. Contribuion à la psychosomatique de l'enfant*. Paris: Centurion.

Câmara, M., Tavares, I., Santos, M., Paredes, L., Abreu, R., Ferrand, G. e Madureira, M. (2001). Lupus eritematoso sistémico – Revisão casuística do centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, vol. 8, nº 2.

Canavarro, M. C. (1996). A avaliação das práticas educativas através do EMBU: estudos psicométricos. *Psicológica*, vol. 16, p. 5-18.

Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações afectivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo da vida*. Coimbra: Quarteto.

Chemama, R. (1993). *Dicionário de psicanálise: Larousse*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russ, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, vol. 64.

Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). Bowlby's dream comes full circle – the application of attachment theory to risk and psychopathology. In T. H. Ollendick & R. J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology*. New York: Plenum Press.

Cohen, I., Cook, A. (1986). Natural autoantibodies might prevent autoimmune disease. *Immunol Today*, vol. 7, p. 363-364.

Coimbra de Matos, A. (1999a). Ser único e ter rosto: o binómio resiliente. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 1 (1), p. 11-21.

Coimbra de Matos, A. (1999b). Psicanálise, psicossomática e imunidade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 1 (2), p. 9-16.

Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor menos doença: a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 58, p. 633-644.

Cook, R. J., Gladman, D. D., Pericak, D., & Urowitz, M. B. (2000). Prediction of short mortality in systemic lupus erythematosus with time dependent measures of disease activity. *Journal of Rheumatology*, vol. 27, p. 1892-1895.

Costa, M. M., Santos, M. J., Teixeira da Costa, J. C., Romeu, J. C., Viana de Queiroz, M. (1994). Lupus eritematoso sistémico de início juvenil. *Revista Portuguesa de Reumatologia*, vol. 5, nº 43.

De Costa, D., Dobkin, P. L., Fitzcharles, M. A., Fortin, P. R., Beaulieu, A., & Zimmer, M. (2000). Determinants of health status in fibromyalgia: a comparative study with systemic lupus erythematosus. *Journal of Rheumatology*, vol. 27, p. 365-372.

Derogatis, L. R. (1977). SCL-90: Administration, scoring and procedures manual – I for the revised version. Baltimore: John Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit.

Dickens, C., Levenson, J., & Cohen, W. (2005). Rheumatology. In James Levenson (Ed.) Textbook of Psychosomatic Medicine. London: American Psychiatric Publishing.

Dorfman, W., & Cristofar, L. (1985). Psychosomatic illness review. New York: Macmillan.

Dunbar, H.F. (1976). Emotions and Bodily Changes (reimpressão da 4ª edição). New York: Columbia University Press.

Eldridge, F. L., Milhorn, D. E., & Waldrop, T. G. (1981). Exercise hyperapnea and locomotion: Parallel activation from the hypothalamus. *Science*, vol. 211, p. 844-846.

Estes, D., & Christian, C. L. (1971). The natural history of systemic lupus erythematosus by prospective analysis. *Medicine*, vol. 50, p. 85-95.

Falcão, H. (1995). Hiperreatividade brônquica – aspectos clínicos e laboratoriais. *Nascer e Crescer*, vol 4, nº 4.

Fairbairn, W. R. D. (1952). Psychoanalytic studies of the personality. London: Routledge.

- (1941). A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. ORTP.

Fava, G. A., Baldaro, B., & Osti, M. A. (1980). Towards a self-rating scale for alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatic*, vol. 34, p. 34-39.

Fernandez, A., Sriram, T. G., Rajkumar, S., Chandrasekar, A. N. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy Psychosomatic*, vol. 51 (1), p. 45-50.

Ferreira, C (1998). Reactividade Imunológica no Lúpus Eritematoso Sistémico; sua possível correlação com padrões clínicos e espectro de aminas com função neural. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Ferreira, P. L. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I – Adaptação Cultural e Linguística. *Acta Médica Portuguesa*, vol. 13, p. 55-66.

Foliot, C. (1995). L'asthme. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé (Eds), *Nouveau Traité de Psychiatrie de L'Enfant et de L'Adolescent* (Tome II, p. 1843-1856). Paris: Presse Universitaire de France.

Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.

Fornagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. and Targot, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.

French, T. M., & Alexander, F. (1941). Psychogenic factors in bronchial asthma. *Psychosom. Med. Monograph*, vol. 4, p. 2-94.

Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard*, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago.

Gaensler, E. A. & Lindgren, I. (1959). The mechanics of breathing. *Progr. Cardiovasc. Dis.*, vol. 1, p. 397-422.

Giang, D. W. (1991). Systemic lupus erythematosus and depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol*, vol. 4, p. 78-82.

Gleiser, G., & Ihilevich, D. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 33, nº 1, p. 51-60.

Gomez, L. (2005). Uma introdução às relações de objecto. *Colecção Manuais Universitários 36*. Lisboa: Climepsi Editores.

Goodwin, R. (2003). Asthma and anxiety disorders. In Brown ES (Ed), *Asthma: Social and Psychological Factors and Psychosomatic Syndromes*. *Adv Psychosom Med*, vol. 24. Basel: Karger.

Greenberg, J. R., Mitchell, S. A. (2003). *Relações de objecto na teoria psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.

Groen, J. J. (1982). *Clinical research in psychosomatic medicine*. Assen: Van Gorcum.

Gulko, P. S., Winchester, R. J. (1999). *Genetics of systemic lupus erythematosus*. In Kammer, G. M., Tsokos, G. C. (Eds.), *Lupus: molecular and cellular pathogenesis*, ed. 1 Totowa N. J. Humana Press.

Guedeney, A. (2004). *Vinculação e psicanálise*. In N. Guedeney & A. Guedeney (Eds.), *Vinculação – conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.

Guir, J. (1988). *Psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Guntrip, H. (1961). *Personality structure and human interaction: the developing synthesis of psychodynamic theory*. New York: Universities Press.

Guyton, A. (1989). *Fisiologia humana e mecanismos das doenças*. (4ª Ed.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Harrison (1991). *Principles of Internal Medicine* (vol. 2) 12th Edition. New York: Mcgraw-Hill.

Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). *Romantic love conceptualized as an attachment process*. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 52.

Hedqvist, P. (1973). Autonomic neurotransmission. In P. W. Ramwell (Ed.), *The prostaglandins*, vol. 1. New York: Plenum Press.

Hexel, M. (2003). Alexithymia and attachment style in relation to locus of control. *Personality and Individual Differences*, vol. 35, p. 1261-1270.

Hinde, R. A. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. London: Lawrence Earlbaum Associates.

Hinde, R. A., & Stevenson-Hinde, J. (1986). Relating childhood relationships to individual characteristics. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Hochberg, M. C. (1990). Systemic lupus erythematosus. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, vol. 16.

Hoffman, L. A., & Reinke, L. F. (1995). Como ensinar a controlar a asma. *Servir*, vol. 43, nº 5.

Holmberg, D., Coutinho, A. (1985). Natural antibodies and autoimmunity. *Immunol Today*, vol. 6, p. 356-357.

Hunt, L. W. (2002). Como tratar casos difíceis de asma: um plano de acção para médicos e doentes. *Postgraduate Medicine*, vol 17, nº 3.

Isaacs, S. (1943). The nature and function of phantasy. In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs e J. Rivière (Eds.), *Developments in Psycho-Analysis* (1952). London: Hogarth Press.

Jackson, M. (1976). Psychosomatic pathology as developmental failure: A model for research. In P. Pichot, P. Berner, R. Wolf, & K. Thau (Eds.), *Psychiatry: The state of art*; vol. 4 (1985). *Psychotherapy and Psychosomatic medicine*. New York: Plenum Press.

Jacobs, M. A., Friedman, S., Franklin, M. J., Anderson, L. S., Muller, J. J., & Eisman, H. D. (1966). Incidence of psychosomatic predisposing factors in allergic disorders. *Psychosomatic Medicine*, vol. 28, p. 679-695.

Jacobs, M. A. (1977). Psychosomatic aspects of allergic respiratory diseases with special focus on bronchial asthma. In B. B. Wolman (Ed.), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis and neurology*. Vol. 9, p. 293-297. New York: Aesculapius Publishers.

Janson, C., Bjornsson, E., Hetta, J., Boman, G. (1994). Anxiety and depression in relation to respiratory symptoms and asthma. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*, vol. 149, p. 930-934.

Johnson, S. M. (1994). *Character styles*. New York: W. W. Norton & Company.

Justo, J. M. (1989). Teste D.M.I. "Defense Mechanisms Inventory". *Psicologia Clínica*, nº 2, Dezembro, p. 47-56.

Kammer, G. M., Mishra, N. (2000). Systemic lupus erythematosus in the elderly. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, vol. 26, nº 3.

Kiess, H. O., & Bloomquist, D. W. (1985). *Psychological research methods – a conceptual approach*. London: Allyn & Bacon.

Kinsman, R. A., Spector, S.L., Shucard, S. W., & Luparello, T. J. (1974). Observations on patterns of symptomatology of acute asthma. *Psychosomatic Medicine*, vol. 36, p. 129-143.

Klein, D. F. (1974). Endogenomorphic depression. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 31, p. 446-454.

Klein, M. (1932). *The psychoanalysis of children*. London: Hogarth Press.

Klein, M. (1982). Notas sobre alguns mecanismos esquizóides (A. Cabral, Tra.). In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs & S. Riviere (Eds.), *Os progressos da psicanálise* (3ª ed., p. 313-343). Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Publicação original 1952b).

Knapp, P. (1989). Psychosomatic aspects of bronchial asthma: a review. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice* (vol. 2, p. 503-564.). Madison: International Universities Press.

Kostyack, L. (1995). *Systemic Lupus Erythematosus*. London: Hogarth Press.

Kotler, T., Buzwell, S., Yolanda, R., & Bowland, J. (1994). Avoidant attachment as a risk factor for health. *British Journal of Medical Psychology*, vol. 67, p. 237-245.

Kraemer, S., & Loader, P. (1995) "Passing through life": alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 39 (8), p. 937-941.

Kreisler, L, Fain, M. (1973). Clinique psychosomatique de l'enfant – asthme du nourrisson. *Psychiat. Enfant*, vol. 16 (1), p. 5-122.

Krystal, H. (com Krystal, J.H.).(1987). *Integration and Self Healing. Affect-Trauma-Alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.

Leak, A. M. and Isenberg, D. A. (1989). Autoimmune rheumatic disorders in childhood – a comparison with adult – onset disease. *Quarterly Journal of Medicine*, vol. 73 (270).

Lemle, A. (1992). Aspectos psicossomáticos em pacientes com asma brônquica. In J. Mello (Ed.), *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Levy, S. (1982). *Biological mediator of stress and disease: Neoplasms*. New York: Elsevier-North Holland.

Liang, M. H., Rogers, M., Larson, M., et al (1984). The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, vol. 27, p. 13-19.

Lima, M. P. e Simões, A. (2003). *Inventário de personalidade Neo Revisto (Neo-Pi-R)*. Coimbra: Quarteto.

Lindal, E., Thorlacius, S., Steinsson, K., & Stefansson, G. D. (1995). Psychiatric disorders among subjects with systemic lupus erythematosus in an unselected population. *Scandinavia Journal of Rheumatology*, vol. 24, p. 346-351.

Lipowsky, Z.J. (1986). What Does the Word "Psychosomatic" Really Mean? A Historical and Semantic Inquiry. In M.J. Christie e P.G. Mellet (Eds.), *The psychosomatic approach: contemporary practice of whole-person care*. Chichester: John Willey & Sons.

Lolas, F., & Von Rad, M. (1989). Alexithymia. In S. Cheren (Ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice* (1, 189-237.). Madison: International Universities Press.

Luban-Plozza, B., Poldinger, W., & Kroger, F. (1992). *Psychosomatic Disorders in General Practice* (3^a ed.). Basileia: Editions Roche.

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, vol. 50 (1-2, Serial N° 209).

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & Z. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: University of Chicago.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística – com utilização do SPSS (2ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.

Marty, P., & M'Uzan, M. (1983). El pensamiento operatório. *Revista de Psicanálisis*. Asociación Psicoanalítica Argentina: Buenos Aires, vol. 40.

Marty, P. (1993). *Psicossomática do adulto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mathé, A. A., Stjarne, L., Birke, G. (1976). Altered patterns of excretion of catecholamines during acute asthma after infusion of 14-epinephrine and H3-norepinephrine to asthmatic patients and healthy subjects. In: E. B. Weiss, S. M. Segal (Eds.), *Bronchial Asthma*. Boston: Little Brown.

McCune, W. J. & Golbus, J. (1988). Neuropsychiatric lupus. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, vol. 14.

McDougall, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 38, p. 81-90.

McDougall, J. (1986). *Theatres of the mind. Ilusion and truth on psychoanalytic stage.* London: FAB.

McDougall, J. (1989). *Theatres of the body. A psychoanalytic approach to psychosomatic illness.* New York: W.W. Norton & Company.

McDougall, J. (1991). Reflections on affect: A psychoanalytic view of alexithymia. In J. McDougall (Ed.), *Theatres of the Mind. Illusion and Truth on the Psychoanalytic stage.* New York: Brunner/ Mezel.

McFadden, E. Jr. (2003). Asthma. In Harrison's Online DOI 101036/1096-7133ch252. New York: McGraw-Hill.

Mendes, E. (1994). *Processos Defensivos em Mulheres com Lupus Eritematoso Disseminado (Estudo Exploratório).* Monografia na área de Psicologia Clínica. Lisboa: ISPA.

Mohr, G. J., Selesnick, S., Augenbraun, B. (1963). Family dynamics in early childhood asthma, some mental health considerations, in H. F. Schneer (Ed.), *The Asthmatic Child*, New York: Harper and Row.

Moore, N. (1965). Behavior therapy in bronchial asthma: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 9, p. 257-262.

Morgado, M., Pires, A., & Rosado Pinto, J. (2000). Auto-eficácia na criança asmática. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 1, nº 1.

Morris, H., Dereche, G., Earle, M. R. (1972). Urinary excretion of epinephrine and nor-epinephrine in asthma children. *Journal Allergy Clin. Immunol.*, nº 50, p.138.

Munro, B. H., & Page, E. B. (1993). *Statistical Methods for Health Care Research*, Second Edition. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Nascimento, V. (2000). O lupus eritematoso sistêmico em um setting grupal. In J. M. Filho (Ed.), *Grupo e Corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Neill, J. R., & Sandifer, M. G. (1982). The clinical approach to alexithymia. A review. *Psychosomatics*, vol. 23 (12), p. 1223-1231.

Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 38, p. 154-160.

Nieto Rey, J. L. (1991). Lupus eritematoso sistêmico en la edad pediátrica. *Rev. Esp. Reumatol.*, vol. 18, nº 10.

Oliveira, T., e Lopes, I. (2000). Estudo da função respiratória na criança asmática. *Nascer e Crescer*, vol. 9, nº 2.

Oom, P. (2004). Viver com asma. *Revista Pais & Filhos*, Janeiro 2004.

Osti, R. M. A., Trombini, G., & Magnani, B. (1980). Stress and distress in essential hypertension. *Psychotherapy Psychosomatic*, vol. 33, p. 193-197.

Parke, A. & Rothfield, N. F. (1988). Overt psychopathology in systemic lupus erythematosus. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, vol. 17.

Parker, G. (1982). Parental representations and affective disorder: examination for an hereditary link. *British Journal of Medical Psychology*, vol. 55, p. 57-61.

Pathos (1998). *Lupus*. Pathos: formação médica contínua, ano XIV, nº 6, Julho/Agosto.

Paulson, J. E. (1985). State of the art of alexithymia measurement. *Psychotherapy Psychosomatic*, vol. 44, p. 57-64.

Pearson, R. S. B. (1958). Natural history of asthma. *Acta Allergologica*, vol. 12, p. 277-294.

Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analysis: an integrated approach*. New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.

- Perrin, L. (1992). O sistema imunitário. Coleção Biblioteca Básica de Ciência e Cultura. Lisboa: Instituto Piaget.
- Perris, C., Jacobson, L., Lindstorm, H., Von Knorring, L., & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinava*, vol. 61, p. 265-274.
- Prazeres, N. (1996). Ensaio de um estudo sobre alexitimia com o Rorschach e a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Purandare, K. N., Wagle, A. C., & Parker, S. R. (1999). Psychiatric morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Q. J. Med.*, vol. 92, p. 283-286.
- Rackemann, F. M., & Edwards, M. C. (1952). Asthma in children: A follow-up study of 688 patients after an interval of twenty years. *New Wng. J. Med.*, vol. 246 (1), p. 815-823.
- Rocha, E. B. (1996). Lupus eritematoso sistémico. *Revista Portuguesa de Farmacologia*, vol. 46, nº 4.
- Rocha, A., Gonçalves, A., Costa, D. (2001). Lupus: a doença das mil faces. Trabalho de investigação. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem.
- Rycroft, C. (1975). Dicionário crítico de psicanálise. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Rydstrom, I., Dalheim-Enlund, A. C., Segesten, K., & Rasmussen, B. (2004). Relations governed by uncertainty: part of life of families of a child with asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 19, nº 2.

Saha, G., Senguput (1984). Psychosomatic illness and neuroticism. *Samiksa*, vol. 38 (1), p. 21-26.

Sami-Ali (1987). *Penser le Somatique*. Paris: Borbas.

Santos, L. (2001). Lúpus eritematoso sistémico no idoso. *Revista Geriantria*. Tema apresentado nas “XVI Jornadas Geriátricas do Centro (14 de Maio de 2001)”.

Santos, M J. H. & Costa, F. L. (1990). Adaptação psicológica e qualidade de vida em doentes oncológicos – escalas de avaliação. Lisboa.

Schwartz, R. S. (1986). Anti-DNA antibodies and the problem of autoimmunity. *Cell Immunol*, vol. 99, p. 38-43.

Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago. (Publicação original, 1964).

Shane, M., Shane, E., & Gales, M. (1997). *Intimate attachments: toward a new self psychology*. New York: Guilford

Sharma, S., Nandkumar, V. (1980). Personality structure and adjustment pattern in bronchial asthma. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 61 (2), p. 81-88.

Shipko, S. (1982). Alexithymia and somatization. *Psychotherapy Psychosomatic*, vol. 37, p. 193-201.

Sivik, T., Delimar, N., & Schoenfeld, R. (1999). Sivik Psychosomaticism test: factor analysis and reliability testing. Manuscript submitted for publication.

Snaith, R. P. (1982). The clinical anxiety scale: a modification of the Hamilton Anxiety scale. *British Journal of Psychiatry*, vol. 141, p. 518-523.

Soares, I. (1996a). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Braga: Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho.

Soares, T. (1996). Lupus eritematoso sistémico. *Revista Ordem Farmacológica*. ISSN (0872-7554), vol. 3, nº 12.

Sperling, M. (1973). Aspectos psicoterapêuticos del asma bronquial infantil. Barcelona: Espaxos.

Stoll, T., Kauer, Y., Buchi, S., Klaghofer, R., Sensky, T., & Villiger, P. (2001). Prediction of depression in systemic lupus erythematosus patients using SF-36 mental health scores. *Rheumatology*, vol. 40, p. 695-698.

Strong, C. G., & Chandler, J. T. (1972). Interactions of prostaglandin E1 and catecholamines in isolated vascular smooth muscle. In P. W. Ramwell & B. B. Pharris (Eds.), *Prostaglandins in cellular biology*. Alza Conference Series I. Nova Yorque/London: Plenum Press.

Stuart, S., & Noyes, R. (1999). Attachment and interpersonal communication in somatization. *Psychosomatics*, vol. 40, n° 1, Janeiro-Feveiro.

Swedin, G. (1971). Studies of neurotransmission mechanism in the rate of guinea-pig vas deferens. *Acta Physiol. Scand.*, vol. 369 (Suppl.), p. 1-34.

Szwec, G. (1993). Procèdes autocalments par la recherche repetitive de l'excitation. Les gale riens volontaires. *Rev. Fran. Psychosom.*, vol. 4, p. 27-51.

Taylor, G. J. (1987). *Psychosomatic medicine and contemporary psychoanalysis*. Madison: International Universities Press.

Taylor, G. (1990). La penssé opératoire et le concept d'alexithymie. *Revue Française de Psychanalyse*. May-Juin, LIV, 769-784.

Taylor, G., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J., & Doody, K. (1985). Verbal measures of alexithymia: what do they measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 43, p. 32-37.

Thomé, A. (1989). La douleur indicible du séropositiv. In *Psychologie du Sida* (A. Ruffiot Ed.). Bruxellas: Pierre Mardiga.

Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., & Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 189 (5), p. 311-316.

Vamos, M., & Kolbe, J. (1999). Psychological factors in severe chronic asthma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, p. 538-544.

Varela, F., Andersson, A., Dietrich, G., Sundblad, A., Homberg, D., Kazatchkine, M., Coutinho, A. (1991). Population dynamics of natural antibodies in normal and autoimmune individuals. *Proc Natl Acad Sci USA*, vol. 88, p. 5917-5921.

Verissimo, R. (2001). Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens – I. *Acta Médica Portuguesa*, vol. 14, p. 529-536.

Von Rad, M. (1984). Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 42, p. 80-89.

Wallace, D. J., Hahn, B. H. (2001). *Dubois' Lupus Erythematosus* (6^a Ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Ward, M. M., Marx, A. S., & Barry, N. N. (2002). Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, vol. 41, p. 184-188.

Waterloo, K., Omdal, R., Husby, G., & Mellgren, S. (1998). Emotional status in systemic lupus erythematosus. *Scandinavia Journal of Rheumatology*, vol. 27, p. 410-414

Weir, D. M. (1988). *Imunologia 6ª Edição*. Mem Martins: Publicações Europa-América.

Weiss, R. S. (1982). Attachment in adult life. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behaviour*. New York: Basic Books.

West, M. L., & Sheldon-Keller, A. E. (1994). *Patterns of relating – an adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.

Wing, J. K. et al. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London: University Press.

Winnicott, D. (1965). *The family and individual development*. London: Tavistock.

- (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publications.

-

Wyszynski, A. A., & Weiner, E. (2005). The patient with pulmonary disease. In A. A. Wyszynski & B. Wyszynski (Eds.), *Manual of Psychiatric Care for the Medically III*. London: American Psychiatric Publishing.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand.*, vol. 67, p. 361-370.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo de Avaliação Psicológica

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Sexo:
 - Masculino
 - Feminino
4. Raça:
 - Caucasiana
 - Negra
 - Amarela
5. Estado civil:
 - Solteiro
 - Casado
 - Viúvo
 - Separado
 - Divorciado
 - União de Facto
6. Situação laboral actual:
 - A trabalhar
 - Desempregado
 - De baixa
 - Reformado
 - Outra
7. Situação laboral actual do cônjuge/progenitor:
 - A trabalhar
 - Desempregado
 - De baixa
 - Reformado
 - Outra
8. Naturalidade: _____
9. Residência actual:
 - Aldeia/vila (< 2500 hab)
 - Cidade (> 2500 hab)
 - Meio rural
10. Habilitações literárias:
 - Analfabeto
 - 4ª Classe
 - Ensino liceal
 - Ensino superior
11. Data do diagnóstico: _____
12. Modo de acompanhamento: _____

SEXO: _____ IDADE: _____ DATA: ____/____/____

PARIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

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

seguinte chave:

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

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

NOME: _____ DATA: _____

DF - Discordo Fortemente D - Discordo N - Neutro C - Concordo CF - Concordo Fortemente

		DF	D	N	C	CF
1	Não sou uma pessoa preocupada					
2	Gosto de ter muita gente à minha volta					
3	Não gosto de perder tempo a sonhar acordado					
4	Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro					
5	Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem					
6	Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas					
7	Rio, facilmente					
8	Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais					
9	Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho					
10	Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo					
11	Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços					
12	Não me considero, especialmente, uma pessoa de ânimo leve					
13	Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza					
14	Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta					
15	Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada)					
16	Raramente me sinto só ou abatido(a)					
17	Gosto muito de falar com as outras pessoas					
18	Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar					
19	Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20	Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações					
21	Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a)					
22	Gosto de estar onde está a acção					
23	A poesia pouco ou nada me diz					
24	Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros					
25	Tenho objetivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada					
26	Às vezes, sinto-me completamente inútil					
27	Normalmente, prefiro fazer as coisas sózinho (a)					
28	Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas					
29	Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos					
30	Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho					

DF - Discordo Fortemente D - Discordo N - Neutro C - Concordo CF - Concordo Fortemente

		DF	D	N	C	CF
31	Raramente me sinto amedrontado (a) ou ansioso(a)					
32	Muitas vezes sinto-me a rebentar de energia					
33	Poucas vezes, me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas					
34	A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim					
35	Trabalho muito, para conseguir o que quero					
36	Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam					
37	Sou uma pessoa alegre e bem disposta					
38	Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral					
39	Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista					
40	Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu o cumpra					
41	Muitas vezes, quando as coisas me não correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir					
42	Não sou um(a) grande optimista					
43	Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção					
44	Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes					
45	Às vezes, não sou tão seguro ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46	Raramente estou triste ou deprimido(a)					
47	A minha vida decorre a um ritmo rápido					
48	Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana					
49	Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a)					
50	Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho					
51	Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim					
52	Sou uma pessoa muito activa					
53	Tenho muita curiosidade intelectual					
54	Quando não gosto das pessoas, faço-lhe saber					
55	Parece que nunca consigo ser organizado(a)					
56	Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado (a), que desejava meter-me num buraco					
57	Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas					
58	Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas					
59	Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero					
60	Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço					

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sózinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nº INCLUSÃO INICIAIS DATA DE AVALIAÇÃO

Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

cos sabem que as emoções desempenham um papel importante na maioria das doenças. Se o seu médico souber o que sente, poderá ajudá-lo mais. Este questionário está concebido de modo a auxiliar o seu médico a saber como você se sente. Leia as frases e ponha uma cruz na casa em frente da resposta que corresponder melhor ao que sentiu na última semana. Não gaste muito tempo a pensar nas respostas: a sua reacção imediata a cada frase será geralmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

Preencha só uma casa para cada pergunta

Estou-me tenso ou contraído

Por parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
De vez em quando, ocasionalmente	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Sinto-me parado

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Com muita frequência	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Eu não tenho prazer nas mesmas coisas que costumava ter anteriormente

Como antes	<input type="checkbox"/>
Um pouco	<input type="checkbox"/>
Um pouco menos	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

Fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago

Nunca	<input type="checkbox"/>
De vez em quando	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>

Eu sinto uma sensação de medo como se estivesse prestes a acontecer

Muito	<input type="checkbox"/>
Muito pouco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto

Com certeza	<input type="checkbox"/>
Não tenho tanto cuidado como devia	<input type="checkbox"/>
Talvez não tanto como antes	<input type="checkbox"/>
Tanto como habitualmente	<input type="checkbox"/>

Eu não sou capaz de me rir e de me divertir com as coisas engraçadas como costumava

Tanto como habitualmente	<input type="checkbox"/>
Muito pouco	<input type="checkbox"/>
Muito	<input type="checkbox"/>

Sinto-me impaciente e não consigo estar parado

Muito	<input type="checkbox"/>
Bastante	<input type="checkbox"/>
Um pouco	<input type="checkbox"/>
Nada	<input type="checkbox"/>

Eu não tenho a cabeça cheia de preocupações

Por maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
De vez em quando	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Penso com prazer no que tenho que fazer

Tanto como habitualmente	<input type="checkbox"/>
Menos que anteriormente	<input type="checkbox"/>
Bastante menos que anteriormente	<input type="checkbox"/>
Quase nunca	<input type="checkbox"/>

Eu não sinto-me bem disposto

Nunca	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>

De repente tenho sensações de pânico

Com grande frequência	<input type="checkbox"/>
Bastantes vezes	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Eu não sou capaz de me sentar à vontade e sentir-me relaxado

Quase sempre	<input type="checkbox"/>
Muitas vezes	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Nunca	<input type="checkbox"/>

Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio e TV

Frequentemente	<input type="checkbox"/>
Algumas vezes	<input type="checkbox"/>
Poucas vezes	<input type="checkbox"/>
Muito raramente	<input type="checkbox"/>
















Memórias de Infância

INSTRUÇÕES: Em seguida serão colocadas algumas questões relativas à sua infância e adolescência. É importante lembrar-se dos comportamentos dos seus pais em relação a si, tal como os recorda, até ter a idade de 16 anos. Mesmo que às vezes seja difícil lembrar como é que os nossos pais se comportavam em relação a nós, quando eramos crianças e adolescentes, cada um de nós tem certas memórias dos princípios por eles utilizados na nossa educação. Leia cada questão cuidadosamente e considere qual a resposta que melhor se aplica ao seu caso. Responda separadamente, em relação ao comportamento da sua mãe e do seu pai, colocando, para cada questão, uma X num dos quadrados em frente a Pai, para avaliar o comportamento do seu pai e outra num dos quadrados em frente a Mãe, para avaliar o comportamento da sua mãe.

Por exemplo:

	Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
Os meus pais eram amáveis comigo	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
1. Os meus pais eram severos ou zangavam-se comigo sem me explicarem porquê	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os meus pais elogiavam-me	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Desejava que os meus pais se preocupassem menos com o que eu fazia	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Os meus pais deram-me mais castigos físicos do que eu merecia	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quando chegava a casa tinha de contar tudo o que tinha feito	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Os meus pais contribuíram para que a adolescência fosse uma época de aprendizagens importantes, na minha vida.	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Os meus pais criticavam-me à frente dos outros	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os meus pais proibiam-me de fazer coisas que a outras crianças eram permitidas por terem medo que me pudesse acontecer alguma coisa	Pai <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mãe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Não, nunca	Sim, ocasionalmente	Sim, frequentemente	Sim, a maior parte do tempo
meus pais incentivavam-me a sobressair em tudo o que eu fazia	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
através do seu comportamento, parecendo tristes, por exemplo, os meus pais faziam-me sentir culpado por ratar mal	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eu penso que a ansiedade dos meus pais de que alguma coisa me pudesse acontecer era exagerada	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
quando as coisas me corressesem mal, eu sentia que os meus pais me tentavam confortar e encorajar	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu era tratado(a) como a «ovelha ranhosa» ou como o «código expiatório» da família	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus pais mostravam com gestos e palavras que gostavam de mim	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu sentia que os meus pais gostavam mais do(s) meu(s) irmão(s) e/ou irmã(s) do que de mim	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus pais faziam-me sentir vergonha de mim mesmo	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os meus pais não se preocupavam muito com as minhas saídas.	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentia que os meus pais interferiam com tudo aquilo que eu fazia	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentia que havia ternura, entre mim e os meus pais.	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Os meus pais estipulavam limites sobre o que me era permitido e sobre o que não me era permitido fazer, que seguiam rigorosamente	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os meus pais castigavam-me mesmo por pequenos erros	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Os meus pais é que decidiam sobre como eu me devia vestir ou parecer	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu sentia que os meus pais ficavam orgulhosos quando eu era bem sucedido(a) em qualquer coisa na qual me havia empenhado	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">  </div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="text-align: center;">Pai</div> <div style="text-align: center;">Mãe</div> </div> </div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SPS M

Curso _____ Idade _____ Data ____ / ____ / ____

Este questionário tem cinco figuras.

Há várias afirmações a seguir a cada figura.

Para cada afirmação há quatro alternativas à escolha.

Por favor escolha a alternativa que pensa ser a mais adequada a cada afirmação e a cada figura, e assinale (com uma cruz X) o rectângulo correspondente.

Exemplo

Concorda com estas afirmações?

O homem está _____ porque:

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| 1. Está _____ | Concordo |
| | <input type="checkbox"/> totalmente |
| | <input type="checkbox"/> bastante |
| | <input type="checkbox"/> um pouco |
| | <input type="checkbox"/> nada |

Não existem respostas “corretas” ou “incorretas”.

Verifique se respondeu a TODAS as afirmações mesmo que algumas possam parecer repetitivas.

Faça a sua escolha depressa mas com cuidado sem perder muito tempo a pensar.

É a sua reacção espontânea que é importante para o nosso estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração!

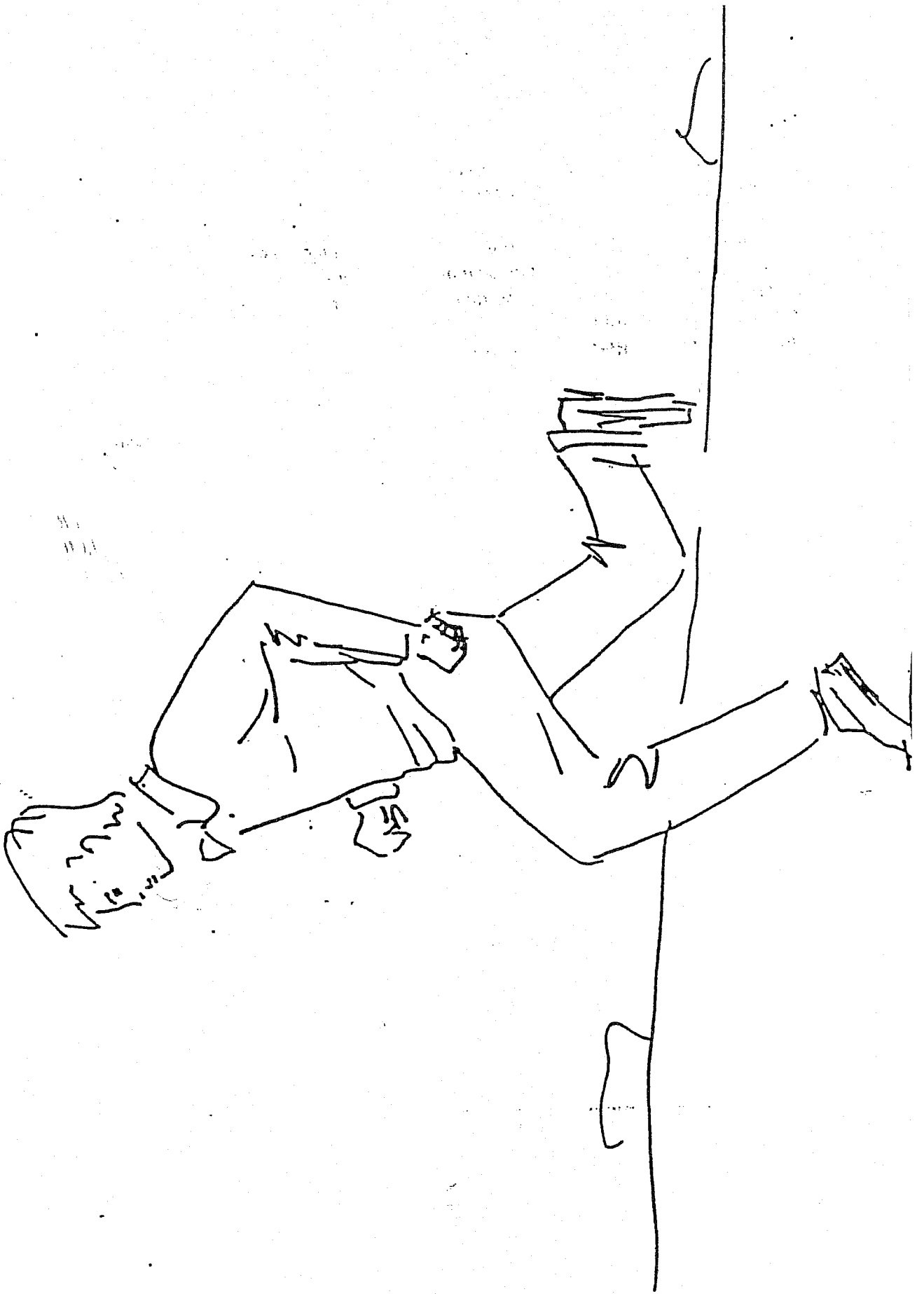


Figura 1 M

Concorda com estas afirmações?

O homem está a correr porque:

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	Está assustado.				
2.	Está preocupado.				
3.	Sente-se inseguro.				
4.	Está ansioso.				
5.	Está tenso.				
6.	Está triste.				
7.	Está desesperado.				
8.	Sente-se abandonado.				
9.	Sente-se sozinho				
10.	A sua vida futura vai ser infeliz.				
11.	Sente-se envergonhado.				
12.	Sente-se magoado.				
13.	Está zangado.				
14.	Está frustrado.				
15.	Está irritado.				
16.	Sente-se violado.				
17.	Está a correr para apanhar um autocarro.				
18.	Está com pressa.				
19.	Vai para o trabalho.				
20.	Sente-se com stress				
21.	Sente-se muito excitado.				



Figura 2

Esta figura mostra.....

- um homem e uma mulher
- dois homens
- duas mulheres

Eles são....

- conjuges
- casal apaixonado
- um dos pais e filho
- dois amigos

Concorda com estas afirmações?

Concordo

		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	Preocupam-se um com o outro.				
2.	Ajudam-se.				
3.	Amam-se.				
4.	Gostam um do outro.				
5.	No futuro vão cuidar um do outro.				

3.

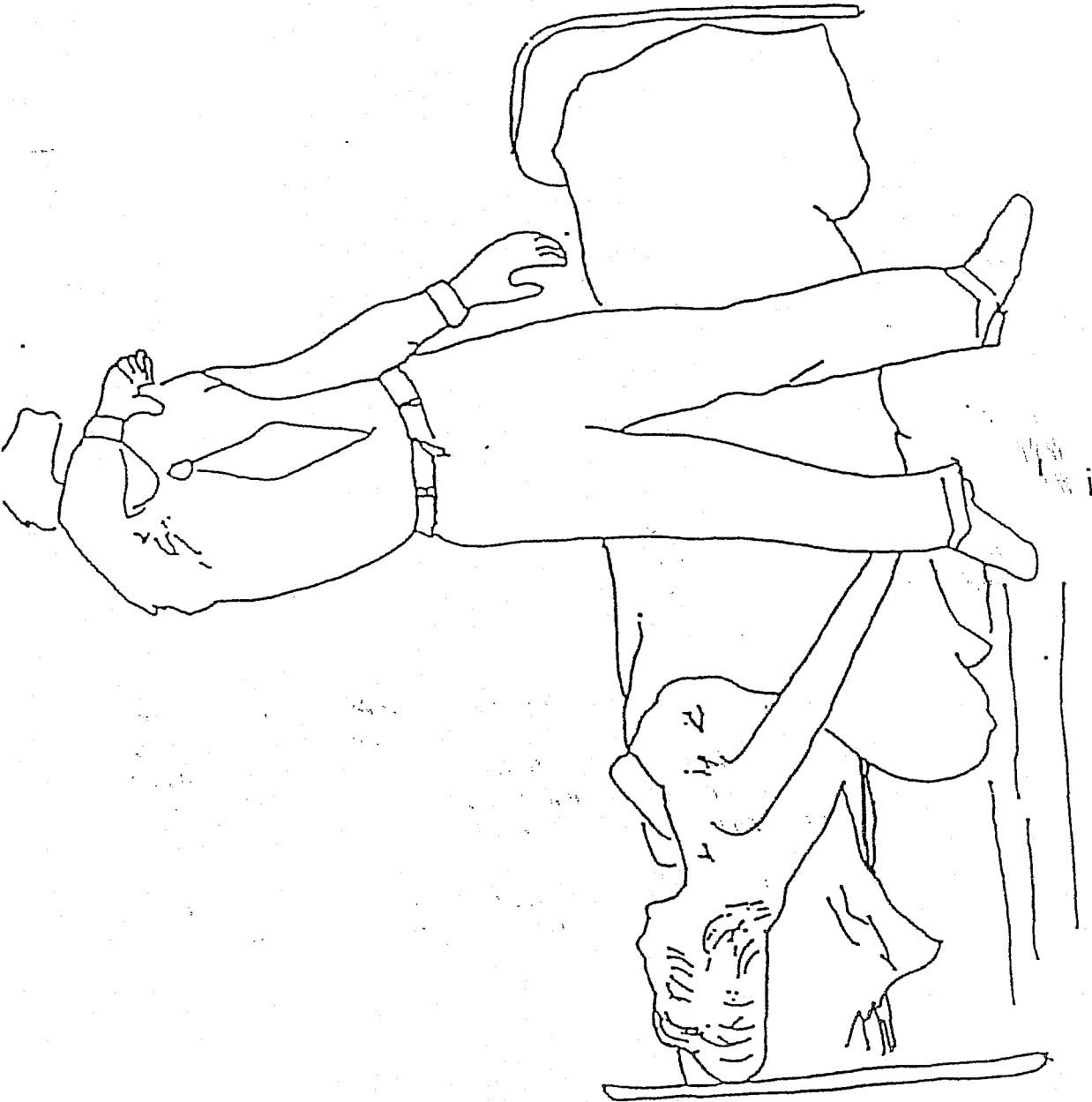


Figura 3

Concorda com estas afirmações?

Concordo

		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	O homem está com medo.				
2.	O homem está inquieto.				
3.	O homem está triste.				
4.	O homem está desesperado.				
5.	O homem está mal impressionado.				
6.	A mulher parece morta.				
7.	Tudo parece horrível.				
8.	O homem está arrependido.				
9.	A mulher parece ter sido violada.				
10.	A mulher está a ser usada.				
11.	O homem sente-se envergonhado.				
12.	Vão separar-se.				
13.	Fingirão que nada aconteceu.				
14.	A mulher está doente.				
15.	O homem está mal impressionado.				
16.	O homem sente-se preterido.				
17.	O homem sente-se sozinho.				
18.	O homem sente-se inseguro.				
19.	A mulher está embriagada.				
20.	O homem está zangado.				
21.	Tudo parece horrível.				
22.	O homem vai deixá-la.				
23.	O homem compreende-a.				

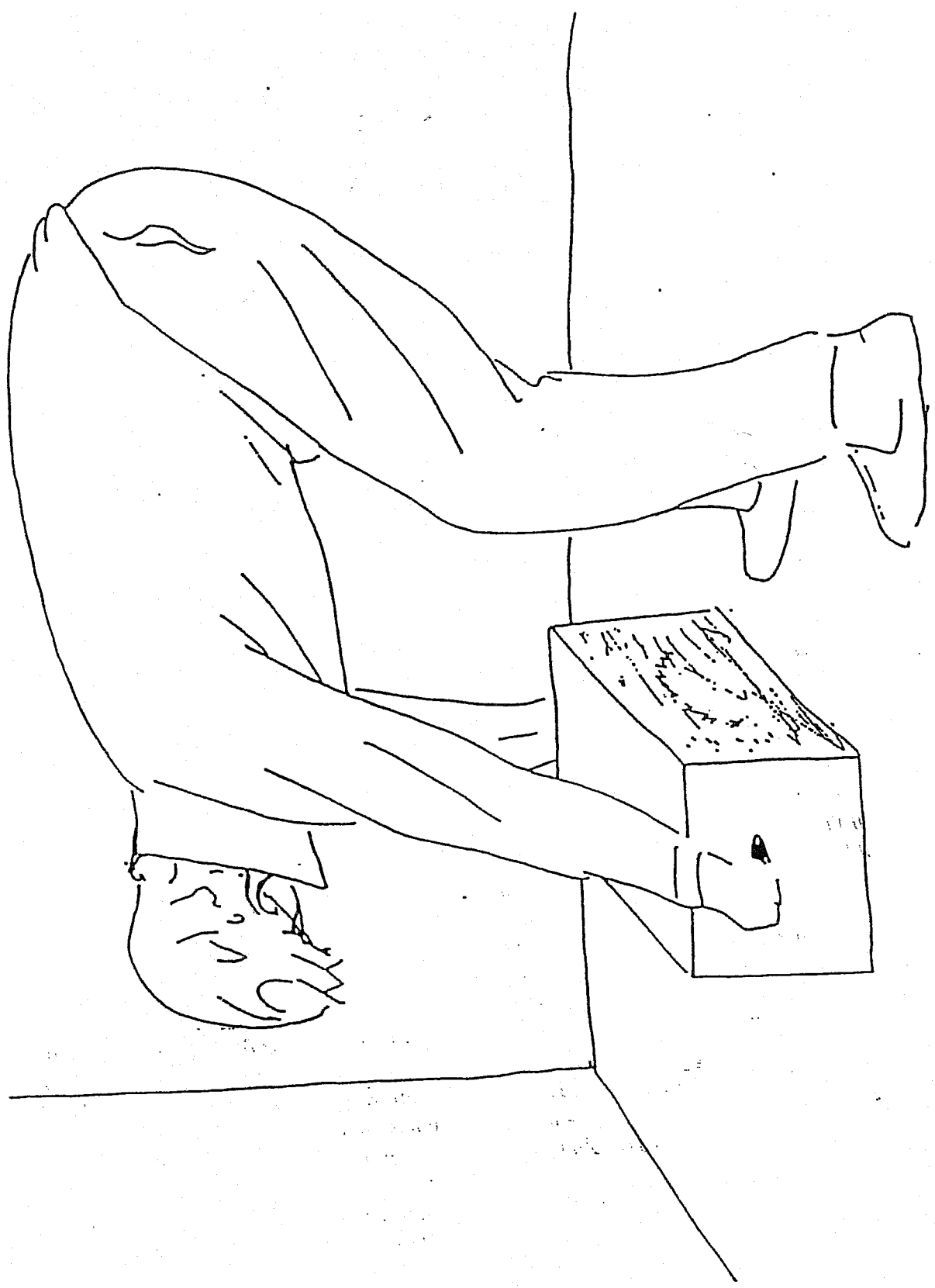


Figura 4 M

Concorda com estas afirmações?

Concordo

		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	O homem está a passar um mau bocado.				
2.	Está a sofrer.				
3.	Precisa de ajuda.				
4.	Precisa de ser encorajado.				
5.	Não tem força para levantar a caixa.				
6.	Vai sofrer se levantar a caixa.				
7.	Sente-se tenso.				



Figura 5

Concorda com estas afirmações?

Concordo

		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	A mulher está com ar amigo.				
2.	A mulher está com ar odioso.				
3.	A mulher está com um ar detestável.				
4.	A mulher está com ciúmes.				
5.	A mulher está com inveja.				
6.	A mulher está com um aspecto ameaçador.				
7.	A mulher quer ajudar.				
8.	A mulher quer obter uma confissão.				
9.	A mulher quer matar.				
10.	A mulher quer ferir.				
11.	A mulher quer consolar.				
12.	A mulher quer vingar-se.				
13.	Acabaram de discutir.				
14.	Estiveram a lutar.				
15.	Amanhã tudo estará resolvido.				

Muito obrigado pela sua ajuda e colaboração!

SPS F

Local _____ Idade _____ Data ____ / ____ / ____

Este questionário tem cinco figuras.

Há várias afirmações a seguir a cada figura.

Para cada afirmação há quatro alternativas à escolha.

Por favor escolha a alternativa que pensa ser a mais adequada a cada afirmação e a cada figura, e assinale (com uma cruz X) o rectângulo correspondente.

Exemplo

Concorda com estas afirmações?

O homem está _____ porque:

1. Está _____

Concordo

totalmente

bastante

um pouco

nada

Não existem respostas “corretas” ou “incorretas”.

Verifique se respondeu a TODAS as afirmações mesmo que algumas possam parecer repetitivas.

Faça a sua escolha depressa mas com cuidado sem perder muito tempo a pensar.

É a sua reacção espontânea que é importante para o nosso estudo.

Muito obrigado pela sua colaboração!



Figura 1 F

Concorda com estas afirmações?

A mulher está a correr porque:

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	Está assustada.				
2.	Está inquieta.				
3.	Sente-se insegura.				
4.	Está ansiosa.				
5.	Está tensa.				
6.	Está triste.				
7.	Está desesperada.				
8.	Sente-se abandonada.				
9.	Sente-se sozinha				
10.	A sua vida futura vai ser infeliz.				
11.	Sente-se envergonhada.				
12.	Sente-se magoada.				
13.	Está zangada.				
14.	Está frustrada.				
15.	Está irritada.				
16.	Sente-se violada.				
17.	Está a correr para apanhar um autocarro.				
18.	Está com pressa.				
19.	Vai para o trabalho.				
20.	Sente-se com stress				
21.	Sente-se muito excitada.				



Figura 2

Esta figura mostra.....

- um homem e uma mulher
- dois homens
- duas mulheres

Eles são....

- conjuges
- casal apaixonado
- um dos pais e filho
- dois amigos

Concorda com estas afirmações?

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	Preocupam-se um com o outro.				
2.	Ajudam-se.				
3.	Amam-se.				
4.	Gostam um do outro.				
5.	No futuro vão cuidar um do outro.				

3.

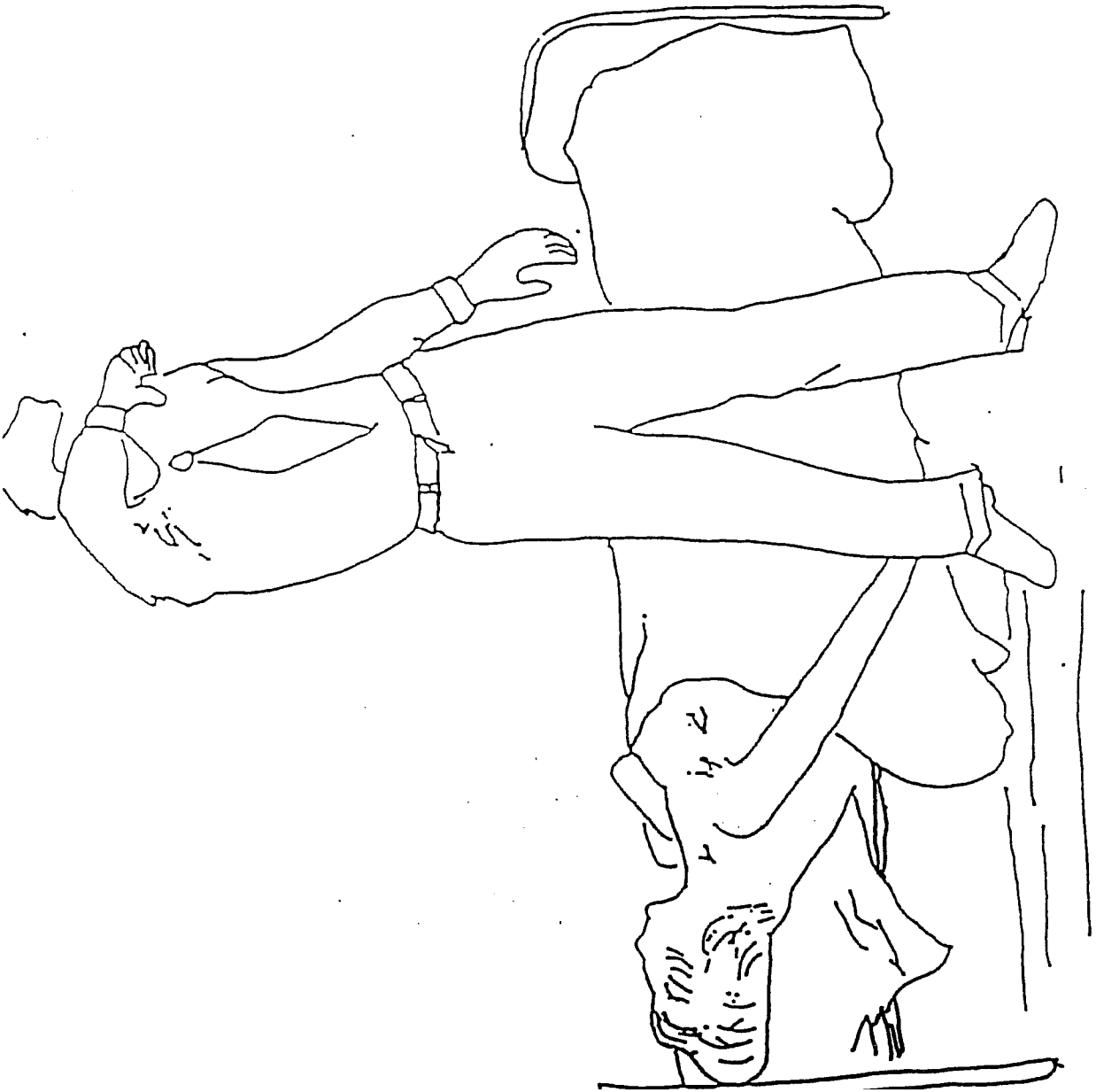


Figura 3

Concorda com estas afirmações?

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	O homem está com medo.				
2.	O homem está inquieto.				
3.	O homem está triste.				
4.	O homem está desesperado.				
5.	O homem está mal impressionado.				
6.	A mulher parece morta.				
7.	Tudo parece horrível.				
8.	O homem está arrependido.				
9.	A mulher parece ter sido violada.				
10.	A mulher está a ser usada.				
11.	O homem sente-se envergonhado.				
12.	Vão separar-se.				
13.	Fingirão que nada aconteceu.				
14.	A mulher está doente.				
15.	O homem está mal impressionado.				
16.	O homem sente-se preterido.				
17.	O homem sente-se sozinho.				
18.	O homem sente-se inseguro.				
19.	A mulher está embriagada.				
20.	O homem está zangado.				
21.	Tudo parece horrível.				
22.	O homem vai deixá-la.				
23.	O homem compreende-a.				

4.F

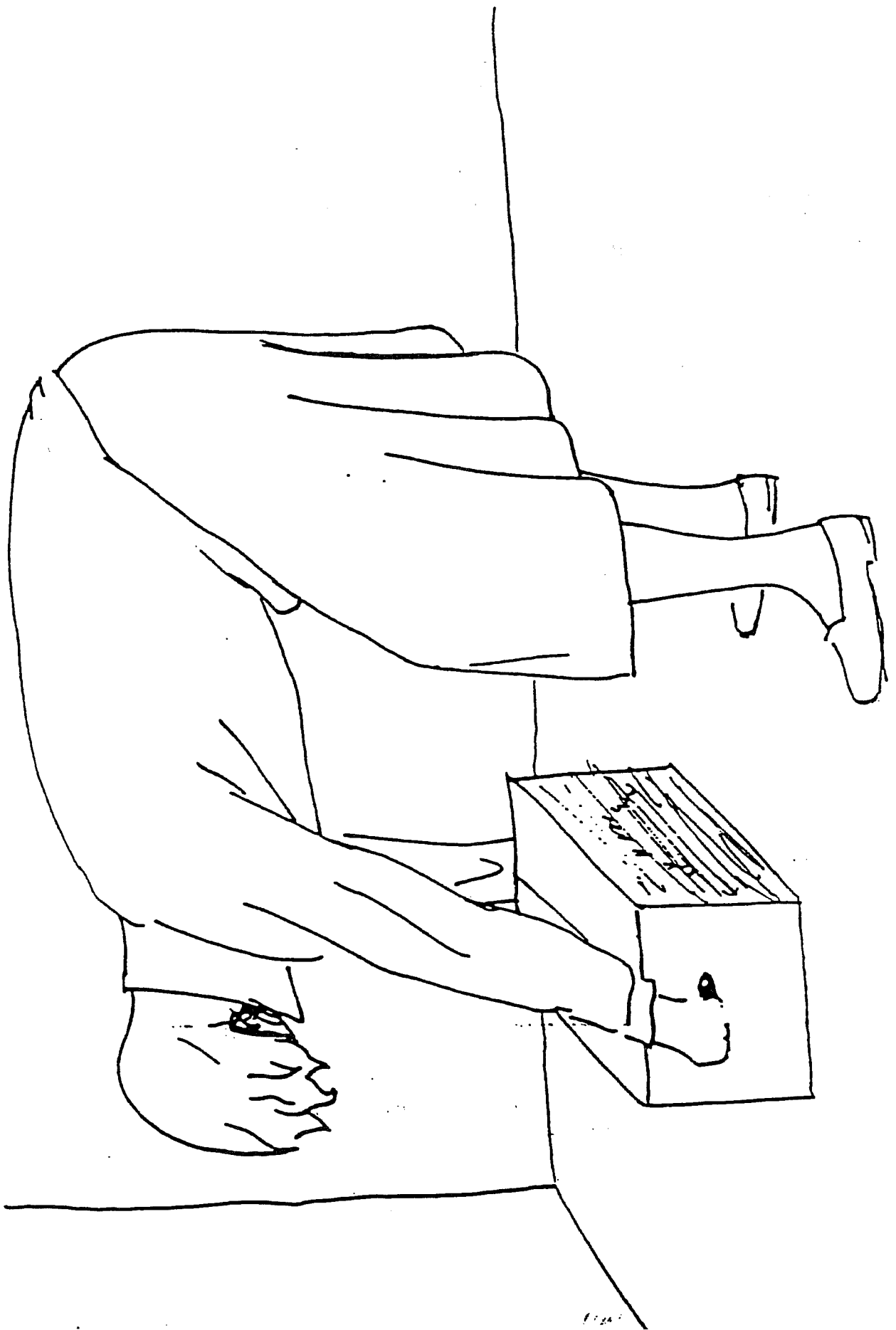


Figura 4 F

Concorda com estas afirmações?

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	A mulher está a passar um mau bocado.				
2.	Está a sofrer.				
3.	Precisa de ajuda.				
4.	Precisa de ser encorajada.				
5.	Não tem força para levantar a caixa.				
6.	Vai sofrer se levantar a caixa.				
7.	Sente-se tensa.				



Figura 5

Concorda com estas afirmações?

		Concordo			
		Totalmente	Bastante	Um pouco	Nada
1.	A mulher está com ar amigo.				
2.	A mulher está com ar odioso.				
3.	A mulher está com um ar detestável.				
4.	A mulher está com ciúmes.				
5.	A mulher está com inveja.				
6.	A mulher está com um aspecto ameaçador.				
7.	A mulher quer ajudar.				
8.	A mulher quer obter uma confissão.				
9.	A mulher quer matar.				
10.	A mulher quer ferir.				
11.	A mulher quer consolar.				
12.	A mulher quer vingar-se.				
13.	Acabaram de discutir.				
14.	Estiveram a lutar.				
15.	Amanhã tudo estará resolvido.				

Muito obrigado pela sua ajuda e colaboração!

Para as perguntas 1 e 2, por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

- | | |
|-----------------|---|
| Ótima | 1 |
| Muito boa | 2 |
| Boa | 3 |
| Razoável | 4 |
| Fraca | 5 |

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:

- | | |
|-----------------------------|---|
| Muito melhor | 1 |
| Com algumas melhoras | 2 |
| Aproximadamente igual | 3 |
| Um pouco pior | 4 |
| Muito pior | 5 |

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Actividades moderadas, tais como desloca- r uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escada	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar vários quarteirões ou grupos de casas	1	2	3
i. Andar um quarteirão ou grupo de casas	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a resposta for *Não*

	SIM 1	NÃO 2
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou em outras actividades	1	2
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades diárias (por exemplo, foi preciso esforçar-se mais).....	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Por favor, em cada linha, ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for *Sim*, e à volta do número 2, se a resposta for *Não*

	SIM 1	NÃO 2
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou em outras actividades	1	2
b. Fez menos do que queria	1	2
c. Não executou o trabalho ou outras actividades tão cuidadosamente como era costume	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	1
Pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Imenso	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	1
Muito fracas	2
Ligeiras	3
Moderadas	4
Fortes	5
Muito fortes	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

- Absolutamente nada 1
- Um pouco 2
- Moderadamente 3
- Bastante 4
- Imenso 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu. Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5	6
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5	6
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5	6
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5	6
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f. Se sentiu triste e em baixo?	1	2	3	4	5	6
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5	6
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5	6
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre 1
- A maior parte do tempo 2
- Algum tempo 3
- Pouco tempo 4
- Nunca 5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é ótima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

FOLHA DE RESPOSTAS

NOME _____

PROFISSÃO _____

LOCAL _____

DATA _____

MARQUE A SUA RESPOSTA DESENHANDO

IDADE _____

UM TRAÇO SOBRE A LETRA CERTA:

ESCOLARIDADE _____

EXEMPLO: 300 M L

b.	a.	u.	d.	m.	t.	p.	f.	e.	c.
1 M L	21 M L	41 M L	61 M L	81 M L	101 M L	121 M L	141 M L	161 M L	181 M L
2 M L	22 M L	42 M L	62 M L	82 M L	102 M L	122 M L	142 M L	162 M L	182 M L
3 M L	23 M L	43 M L	63 M L	83 M L	103 M L	123 M L	143 M L	163 M L	183 M L
4 M L	24 M L	44 M L	64 M L	84 M L	104 M L	124 M L	144 M L	164 M L	184 M L
5 M L	25 M L	45 M L	65 M L	85 M L	105 M L	125 M L	145 M L	165 M L	185 M L
6 M L	26 M L	46 M L	66 M L	86 M L	106 M L	126 M L	146 M L	166 M L	186 M L
7 M L	27 M L	47 M L	67 M L	87 M L	107 M L	127 M L	147 M L	167 M L	187 M L
8 M L	28 M L	48 M L	68 M L	88 M L	108 M L	128 M L	148 M L	168 M L	188 M L
9 M L	29 M L	49 M L	69 M L	89 M L	109 M L	129 M L	149 M L	169 M L	189 M L
10 M L	30 M L	50 M L	70 M L	90 M L	110 M L	130 M L	150 M L	170 M L	190 M L
11 M L	31 M L	51 M L	71 M L	91 M L	111 M L	131 M L	151 M L	171 M L	191 M L
12 M L	32 M L	52 M L	72 M L	92 M L	112 M L	132 M L	152 M L	172 M L	192 M L
13 M L	33 M L	53 M L	73 M L	93 M L	113 M L	133 M L	153 M L	173 M L	193 M L
14 M L	34 M L	54 M L	74 M L	94 M L	114 M L	134 M L	154 M L	174 M L	194 M L
15 M L	35 M L	55 M L	75 M L	95 M L	115 M L	135 M L	155 M L	175 M L	195 M L
16 M L	36 M L	56 M L	76 M L	96 M L	116 M L	136 M L	156 M L	176 M L	196 M L
17 M L	37 M L	57 M L	77 M L	97 M L	117 M L	137 M L	157 M L	177 M L	197 M L
18 M L	38 M L	58 M L	78 M L	98 M L	118 M L	138 M L	158 M L	178 M L	198 M L
19 M L	39 M L	59 M L	79 M L	99 M L	119 M L	139 M L	159 M L	179 M L	199 M L
20 M L	40 M L	60 M L	80 M L	100 M L	120 M L	140 M L	160 M L	180 M L	200 M L