UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

GUILHERME BORGES VALENTE

Repercussões da intervenção psicológica em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável

SÃO PAULO

2016

GUILHERME BORGES VALENTE

Repercussões da intervenção psicológica em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Valente, Guilherme Borges.
Repercussões da intervenção psicológica em pacientes com síndrome do intestino irritável / Guilherme Borges Valente; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2016.
200 f.
Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Medicina psicossomática 2. Psicoterapia breve operacionalizada 3. Capacidade de simbolização 4. Transtorno somatoforme 5. Síndrome do intestino irritável I. Título.

RC49

Nome: VALENTE, Guilherme Borges

Título: Repercussões da intervenção psicológica em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável

Tese apresentada ao
Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Doutor em Psicologia Clínica

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Cidney Rodrigues Valente e Telma Borges Valente,
e ao meu mestre Avelino Luiz Rodrigues,
pessoas especiais que me inspiram
vida, felicidade e realização.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Cidney Rodrigues Valente** e **Telma Borges Valente**, pelo inestimável amor, apoio e referência pessoal ao longo de toda a minha vida.

Ao meu amigo, mestre e orientador **Avelino Luiz Rodrigues**, pelo afeto, orientação e incentivo para a minha formação profissional e pessoal.

Aos meus irmãos **Nathalye Borges Valente** e **Leandro Borges Valente** que mesmo à distância sempre me apoiaram.

À **Eliana do Vale** e **Elisa Parahyba** pela supervisão do Teste de Apercepção Temática (TAT).

À **Cláudia Catão** e **Angela Gebara** pela supervisão do Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO).

Ao **Orlando Ambrogini Júnior**, **Suzana Lopes** e a **Universidade Federal de São Paulo** pelo apoio e auxílio para a realização da pesquisa junto ao ambulatório Casa da Gastronenterologia.

À **Universidade de São Paulo** e ao **Instituto de Psicologia** pelas condições oferecidas para a realização deste doutorado.

À **Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES)** pelo auxílio financeiro para a realização deste doutorado

Aos amigos do **Laboratório Sujeito e Corpo (Sucor-USP)** pelos significativos apoios que me prestaram e pelas férteis discussões acadêmicas.

Às participantes da pesquisa, por compartilharem suas histórias de vida e seu mundo interno, tornando possível a pesquisa e acreditando neste trabalho.

Á todos aqueles que contribuíram com apoios e incentivos para a realização desse doutorado.

RESUMO

VALENTE, G. B. **Repercussões da intervenção psicológica em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.** 2016. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Na Psicossomática, dentro do modelo biopsicossocial, entende-se que respostas psicológicas a condições de vida podem interagir com fatores somáticos existentes, alterando a susceptibilidade e manifestação da doença, o que se mostra evidente nas somatizações, como na Síndrome do Intestino Irritável (SII), onde há alteração da motilidade intestinal e no formato das fezes, acompanhada de dores abdominais. O funcionamento mental associado às somatizações, no qual a pessoa apresenta dificuldade em relacionar o adoecimento com seu universo psicológico, é que a capacidade de simbolização, ou seja, a construção de representações mentais para o alívio do estado emocional, é afetada, cronificando as alterações fisiológicas correspondentes. O objetivo da pesquisa foi verificar se o atendimento clínico psicológico, baseado na técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), com ênfase na promoção da capacidade de simbolização em relação a determinadas questões significativas, pode contribuir para a melhora dos sintomas no quadro clínico de pacientes com SII. O método utilizado na pesquisa foi o clínico-qualitativo, a partir do estudo de caso de duas pacientes adultas, com o diagnóstico principal de transtorno neurovegetativo somatoforme, portadoras de SII. A intervenção psicológica foi estruturada em três fases: 1) psicodiagnóstico, composto por entrevista semi-dirigida, Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO) e Teste de Apercepção Temática (TAT), questionário de avaliação clínica da SII; 2) psicoterapia breve, em doze sessões; 3) reavaliação após seis meses. A capacidade de simbolização da primeira participante era comprometida fundamentalmente relacionada à sua dificuldade em lidar com a perda da mãe quando criança, num luto não elaborado. Apresentava dores abdominais forte, a cada dois ou três dias, evacuando uma vez ao dia e quando em crise, duas ou três vezes por dia. A segunda participante apresentou uma capacidade de simbolização que passava a ser comprometida quando o conflito entre o desejo de ser aceita por sua família, em especial sua mãe, e o de rompimento tornava-se insuportável. Apresentava dores moderada, a cada cinco dias, evacuando quatro vezes ao dia e, quando em crise, seis vezes ao dia. A intervenção clinico psicológica em pacientes com SII, baseada na técnica da PBO, com elaboração da demanda psicológica e das questões significativas que comprometiam a capacidade de simbolização, possibilitou a elaboração psicológica dos estados emocionais que estariam influenciando os sintomas da SII, de forma que contribuiu para a melhora do quadro clínico das participantes. Após seis meses da psicoterapia, a primeira participante apresentou dores fracas a cada cinco dias, frequência única de evacuação por dia, não apresentou crises. A segunda participante estava evacuando uma a duas vezes por dia, dores fracas a cada cinco dias e crises ocorriam em menor frequência. O modelo de intervenção mostrou-se vantajoso para as participantes da pesquisa, de forma que seu uso no tratamento clinico psicológica para pacientes com SII, levando em consideração as especificidades do funcionamento mental associado às somatizações, apresenta-se promissor.

Palavras-chave: medicina psicossomática; psicoterapia breve operacionalizada; capacidade de simbolização; transtorno somatoforme; síndrome do intestino irritável.

ABSTRACT

VALENTE, G. B. **Repercussions of psychological intervention on patients with irritable bowel syndrome.** 2016. (Doctorate Thesis) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

In Psychosomatics, within the biopsychosocial model, it is understood that psychological responses to living conditions may interact with existing somatic factors, altering the susceptibility and manifestations of diseases, which is evidenced in somatizations, such as the case of Irritable Bowel Syndrome (IBS), where there is altered intestinal motility and stool format, accompanied by abdominal pain. The mental functioning associated with somatizations, in which a person presents difficulties in associating the illness to their psychological universe, that is, the capacity of symbolization, i.e. the construction of mental representations for the relief of the emotional state is affected, cronifying the physiological changes. The research objective was to determine whether psychological clinical care, based on the technique of Operationalized Brief Psychotherapy (OBP), with emphasises on promoting symbolization capacity regarding certain significant issues, can contribute to the improvement of symptoms in clinical condition of patients with IBS. The method used in the study was the clinical-qualitative, from the case study of two female adult patients with primary diagnosis of somatoform autonomic disorder, suffering from IBS. Psychological intervention was structured in three phases: 1) psychodiagnosis, composed of semi-directed interview, Operationalized Adaptive Diagnostic System (OADS) and Thematic Apperception Test (TAT), questionnaire of clinical evaluation of IBS; 2) brief psychotherapy split in twelve sessions; 3) re-evaluation after six months. The symbolization capacity of the first participant was compromised primarily because of her difficulty dealing with the loss of her mother when a child, in a non-elaborated mourning. The patient presented strong abdominal pains, every two or three days, evacuating once a day and when in crisis, two or three times a day. The second participant presented a symbolization capacity that began to be compromised when the conflict between the desire to be accepted by her family, especially her mother, and the disruption became unbearable. She felt moderate pain, every five days, evacuating four times a day, and when in crisis, six times a day. Psychological clinical intervention in patients with IBS, based on the technique of OADS, with development of psychological demand and significant issues that compromised the capacity of symbolization, allowed the psychological development of emotional states that would influence the symptoms of IBS, so it contributed to the improvement of the clinical condition of the participants. After six months of psychotherapy, the first participant presented weak pains every five days, single daily stool frequency, no crisis. The second participant was evacuating once or twice a day, felt weak pains every five days and crisis occurred less frequently. The intervention model was advantageous to the participants, so that its use in clinical psychological treatment for IBS patients presents promising, taking into account the specifics of mental functioning associated with somatization.

Keywords: psychosomatic medicine; operationalized brief psychotherapy; capacity for symbolization; somatoform dysfunction; irritable bowel syndrome.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 11

2 REVISÃO DE LITERATURA..... 14

2.1 MEDICINA PSICOSSOMÁTICA..... 14

2.1.1 PSYCHOSOMATIC MEDICINE..... 14

2.1.2 FRANZ ALEXANDER..... 16

2.1.3 A INFLUÊNCIA DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA FISIOLOGIA 20

2.1.3.1 CANNON, O MECANISMO DE LUTA E FUGA E A HOMEOSTASE..... 21

2.1.3.2 SELYE E O ESTRESSE..... 24

2.1.3.3 MASON E O ESTRESSE PSICOLÓGICO..... 27

2.1.4 UMA VISÃO ATUAL EM PSICOSSOMÁTICA..... 29

2.2 A PSICANÁLISE COMO FERRAMENTA DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA..... 34

2.2.1 A PERSPECTIVA DO DÉFICIT..... 36

2.2.2 A PERSPECTIVA DO CONFLITO..... 40

2.2.3 A QUESTÃO DA SIMBOLIZAÇÃO..... 43

2.2.4 MECANISMOS DE FORMAÇÃO DE SINTOMAS..... 46

2.3 AS SOMATIZAÇÕES..... 48

2.3.1 SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL..... 53

2.4 PSICOTERAPIA COMO TRATAMENTO PARA PACIENTES COM SII..... 64

3 JUSTIFICATIVAS..... 72

4 OBJETIVOS..... 74

5 MÉTODOS..... 75

5.1 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS..... 80

5.2 ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS..... 82

6 RESULTADOS..... 84

6.1 PARTICIPANTE 1: FERNANDA..... 84

6.1.1 HISTÓRIA PREGRESSA..... 84

6.1.2 COMPREENSÃO ADAPTATIVA..... 86

6.1.3 DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO..... 88

6.1.4 ANÁLISE DO TAT INICIAL..... 89

6.1.5 COMPREENSÃO PSICODINÂMICA..... 90

6.1.6 PLANEJAMENTO DA PBO..... 95

6.1.7 HIPÓTESE PROGNÓSTICA..... 95

6.1.8 EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE..... 96

6.1.9 RETORNO..... 99

6.1.10 ANÁLISE DO TAT FINAL..... 101

6.1.8 PARECER FINAL..... 102

6.2 PARTICIPANTE 1: IARA..... 103

6.2.1 HISTÓRIA PREGRESSA..... 103

6.2.2 COMPREENSÃO ADAPTATIVA..... 106

6.2.3 DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO..... 108

6.2.4 ANÁLISE DO TAT INICIAL..... 109

6.2.5 COMPREENSÃO PSICODINÂMICA..... 110

6.2.6 PLANEJAMENTO DA PBO..... 114

6.2.7 HIPÓTESE PROGNÓSTICA..... 114

6.2.8 EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE..... 115

6.2.9 RETORNO..... 117

6.2.10 ANÁLISE DO TAT FINAL..... 119

6.2.11 PARECER FINAL..... 120

7 DISCUSSÃO..... 122

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 143

REFERÊNCIAS..... 146

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 161

ANEXO B - Questionário De Avaliação Clínica Para A Síndrome Do Intestino Irritável..... 164

ANEXO C - Análise Do TAT – Participante 1 (Fernanda), aplicação inicial 165

ANEXO D - Análise Do TAT – Participante 1 (Fernanda), aplicação final.. 187

ANEXO E - Análise Do TAT – Participante 2 (Iara), aplicação inicial 203

ANEXO F - Análise Do TAT – Participante 2 (Iara), aplicação final..... 231

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa faz parte de um percurso que começou com uma iniciação científica na graduação em Psicologia, realizada pelo pesquisador junto ao Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, sob o título "Psicossomática e Psicanálise: uma história em busca de sentidos" (VALENTE & RODRIGUES, 2010), apresentada no VXII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática. O trabalho foi um levantamento histórico do campo da Psicossomática e seu desenvolvimento a partir da Psicanálise, buscando ao longo do tempo compreender o sentido do sintoma somático, porém, mais do que isso, vem buscando construir um sentido próprio enquanto campo de conhecimento.

O percurso pela história da Psicossomática pela Psicanálise revela as diversidades e dificuldades na tentativa de compreender e lidar com o fenômeno psicossomático. Os discursos variam, refletindo em teorias e práticas diferentes. É um campo fragmentado que tem procurado convergir diferentes saberes, que acabam divergindo em diferentes propostas. Contudo, olhando em perspectiva, essas diferenças vislumbram um desenvolvimento, no sentido de um percurso, pelos quais determinados conceitos vão surgindo e modificando a forma de se pensar em Psicossomática.

As diversas abordagens revelam diferentes formas de lidar com o adoecimento físico, a partir da relação corpo e mente. No início, o adoecimento físico tem o mesmo estatuto de um sintoma neurótico (ALEXANDER, 1950), posteriormente é compreendido como uma falha nos processos mentais (MARTY, 1993), um mecanismo defensivo (MCDOUGALL, 1996) e por fim chegando a ser um fenômeno intermediário entre o biológico, o psíquico e o social (ENGEL, 1977). Esses diferentes modos de compreensão do adoecimento irão promover conceitos diversos de doença. Em determinados momentos, as doenças estudadas por teóricos da Psicossomática ganham tanta especificidade que passam a constituir um novo grupo etiológico e nosológico. Porém, vem-se compreendendo que o psiquismo tem influência em todo processo de adoecimento, seja ele no surgimento, manutenção ou desaparecimento da doença (ENGEL, 1977).

A ideia de uma "Psicossomática", assim como suas teorias e práticas, terá suas diferenças. Ela surge como um método que buscava aproximar conceitos somáticos de um lado, apoiados pela Medicina, e conceitos psicológicos de outro, baseados na Psicologia, tendo a Psicanálise como elo, constituindo um campo de saber e pesquisa (ALEXANDER, 1950). Irá procurar as correlações de

como o psiquismo pode influenciar no adoecimento. Posteriormente, surge a ideia de pensar a Psicossomática como uma abordagem de pacientes, de uma técnica psicoterápica e de uma teoria, voltada para determinado tipo específico de pacientes (MARTY, 1993). E mais recentemente, a Psicossomática se expande e pode ser entendida como uma compreensão do ser humano (MELLO FILHO, 1994).

Apesar de ser um campo multifacetado quanto a forma de compreender e lidar com o fenômeno psicossomático, percebe-se que alguns atributos se mantêm entre as propostas, de maneira que a noção de somatização vai ganhando forma. Ela se coloca na relação entre o psíquico e o somático, quando em decorrência de estresse psicossocial, o corpo experimenta sintomas e distúrbios que são influenciados pelo psiquismo, seja no surgimento, manutenção ou término destes. São manifestações corporais onde a feição emocional é bem explícita, havendo ou não a presença de lesão anatômica.

Em relação à dinâmica psíquica para as somatizações, vê-se que diz respeito a uma dificuldade em elaborar psiquicamente as situações de tensão emocional. Alexander (1950) fala que em função da impossibilidade de elaboração de determinadas tensões por conta de bloqueios psicológicos, estas permaneceriam acumulados no organismo e ao invés de terem uma saída pela via simbólica, permaneceriam na saída pela via somática. Marty (1993) fala que ocorre em decorrência de estruturas psíquicas deficitárias na capacidade de representação e elaboração simbólica, o que causaria uma desorganização progressiva no organismo. Sifneos (NEMIAH & SIFNEOS, 1970) diz que essas pessoas apresentam dificuldade na capacidade de simbolicamente representar suas emoções, de forma que seu estado emocional permaneceria não modulado e contribuindo para o surgimento de sintomas físicos. Já McDougall (1984) afirma que ocorre como resultado de um mecanismo de defesa que ejeta do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis, e sem a saída psíquica, hiperfunciona a tensão no corpo.

Essas correntes dentro da Psicossomática falam de mecanismos semelhantes ao que Freud (1986) denominava de neurose atual: o aumento da excitação somática sem o trabalho psíquico necessário pode gerar sintomas somáticos. Assim, a Psicossomática pela Psicanálise parece beber desse conceito freudiano para pensar as somatizações, caracterizado pela ausência do processo de simbolização.

Da mesma forma, vê-se nessas diferentes propostas a respeito das somatizações um elemento central: o comprometimento na capacidade de simbolização, ou seja, a construção de representações mentais para o alívio do estado emocional é afetada. O trabalho psíquico necessário para a elaboração psicológica dos estados emocionais, para que se crie e desenvolva seu

concomitante psíquico, não ocorre, e na medida em que esse estado emocional se cronifica ou intensifica, aumenta a vulnerabilidade para as enfermidades em função das alterações fisiológicas nas funções dos órgãos (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010).

A partir das considerações de que o comprometimento na capacidade de simbolização estaria relacionado com as somatizações, e esse comprometimento seria o elemento central no desenvolvimento de neurose atual, foi realizada uma pesquisa de mestrado (VALENTE, 2012) com o objetivo de verificar se e como se apresenta esse comprometimento na capacidade de simbolização em pessoas com somatização e naquelas com neurose atual, sendo representados pela Síndrome do Intestino Irritável (SII) e pelo Transtorno de Pânico, respectivamente.

O comprometimento da capacidade de simbolização se apresentou de diferentes formas nos participantes da pesquisa. Em alguns estava relacionado a determinados conteúdos mentais, e quando estes conteúdos não estavam presentes, a capacidade se desenvolvia sem grandes problemas; para outros, ocorria com o ego frágil em manter sua integração diante do aumento da angústia; assim como para alguns participantes, o comprometimento era característico do funcionamento mental, de forma que se estendia por todo seu psiquismo.

As conclusões levaram à ideia de que se compreendesse o funcionamento psicológico associado às somatizações, na qual há o comprometimento da capacidade de simbolização, e as formas como se configura na dinâmica psíquica da pessoa, poderia se estabelecer métodos de abordagens e técnicas psicoterápicas mais eficientes e condizentes com pacientes com somatizações. Nesse sentido, seria importante um trabalho psicoterapêutico que permitisse a tais pacientes elaborarem psicologicamente, pela via da simbolização, os estados emocionais subjacentes às manifestações dos sintomas orgânicos.

Esta tese de doutorado é um desdobramento da dissertação de mestrado, pretendendo verificar as repercussões da intervenção psicológica, a partir da promoção da capacidade de simbolização para determinadas questões significativas que tem importante impacto na dinâmica psíquica diminuindo a integração do ego, se poderia contribuir para a melhora do quadro clínico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. MEDICINA PSICOSSOMÁTICA

2.1.1. PSYCHOSOMATIC MEDICINE

A Medicina Psicossomática surgiu oficialmente como campo de saber no ano de 1939, com o lançamento do periódico *Psychosomatic Medicine*, nos Estados Unidos. O editorial (PSYCHOSOMATIC MEDICINE, 1939) presente no primeiro número se dedica a dar uma definição para a expressão "medicina psicossomática" para que possa ser utilizada de forma mais clara e ganhe assim a sua "cidadania", visto os equívocos e mal-entendidos com a expressão que já ocorriam na época. A "cidadania" foi adquirida, a expressão está presente em dicionários, pesquisas e eventos científicos, porém uma definição clara e inequívoca pode ser contestada nos dias de hoje.

Na tentativa de definição da expressão "medicina psicossomática", os editores começam diferenciando-a do termo "psiquiatria". Esta se refere ao estudo e terapia dos distúrbios da mente quando estes resultam de experiências emocionais e alterações anatômicas do sistema nervoso central. A Psiquiatria se preocupa com a mente doente. A Medicina Psicossomática tem como *objeto* de estudo a inter-relação dos aspectos psicológicos e fisiológicos de todas as funções corporais, normais e anormais, e integrar terapia somática e psicoterapia.

Medicina Psicossomática não está restrita a um campo específico de patologia, nem se configura como uma especialidade médica, tal qual neurologia, dermatologia, oftalmologia, etc. Ela designa um *método* de aproximação para os problemas de etiologia e terapia, não se delimita como ou a uma área. Assim, o método pode ser utilizado na neurologia, dermatologia, oftalmologia, psiquiatria, etc, de forma que o fenômeno patológico pode ser estudado em diferentes áreas do ponto de vista fisiológico e psicológico. Como é colocada, é uma aproximação psicológica para a medicina geral.

Já na época era reconhecida que se tratava de uma proposta ousada. Por mais que já se tivesse a percepção de que houvesse aspectos psicológicos no fenômeno patológico, estes eram vistos como algo esotérico, intangíveis, com os quais o conhecimento científico não dispunha de desenvolvimento suficiente para efetivar a aproximação psicológica. Contudo, o periódico vem

marcar uma posição justamente contrária a esse senso comum, revelando que muitos trabalhos já existiam, a Medicina já havia acordado para a necessidade de um estudo sistemático para a compreensão e utilização dos componentes psíquicos no processo de adoecimento e na relação médico-paciente.

Deixando de lado uma visão na qual a mente ou o corpo são vistos e estudados de maneira isolada. A visão filosófica é a de que não há separação lógica entre mente e corpo, assim a ênfase é colocada na inter-relação entre vida emocional e processos corporais. É assumido que a neurofisiologia do humor, instinto e intelecto diferem de outras fisiologias em grau de complexidade, mas não em qualidade, isso é, possuem as mesmas lógicas e princípios. As divisões médicas de psiquiatria, neurologia, fisiologia, etc, assim como a psicologia, são por conveniências acadêmicas, pois biologicamente e filosoficamente não possuem validade, pois os fenômenos psíquicos e somáticos acontecem no mesmo sistema biológico e são dois aspectos de um mesmo processo.

O editorial reflete a concepção de Psicossomática dos primeiros líderes da área. Não quer dizer que fosse a mesma para todos ou que ainda é a concepção vigente, mas pode-se dizer que é a oficial do periódico que se tornou a principal referência na área. Por isso mesmo, essa concepção sofreu críticas ao longo dos anos, em especial por Lipowski (1984), a começar pela definição do objeto de pesquisa, que se situa mais na inter-relação dos aspectos fisiológicos e psicológicos das funções corporais do que da pessoa como um todo.

Uma grande falha está na ausência de fatores ambientais, em especial os sociais. Dessa forma, seria como se o fenômeno psicossomático ocorresse num vácuo social. Essa séria omissão pode ser reflexo da forte influência psicanalítica dos primeiros editores, cujas preocupações se relacionavam mais aos aspectos intrapessoais do que os interpessoais, correspondendo ao nível de desenvolvimento da Psicanálise na época.

A afirmação de que não há distinção lógica entre mente e corpo, por mais que a intenção seja a de integração, deixa a entender a existência de um dualismo que o editorial procura justamente negar. O problema mente-corpo acompanha a posição anti-dualista, contradição não só presente no editorial mas em várias pesquisas que se desenvolveram ao longo dos anos, causando relutância em vários pesquisadores em definir sua área de interesse em concepções filosóficas controversas.

Na perspectiva clínica, o editorial designa um método de aproximação aos problemas da etiologia e terapia, procurando integrar terapia somática e psicoterapia. Porém, não especifica

como isso pode ser feito e o impacto na prática clínica. O componente psíquico no processo de adoecimento, o que seria aquilo que se pretendia explorar, diz respeito às emoções, tidas como os principais fatores psicológicos influenciando alterações fisiológicas. Não há dúvidas do poder de influência das emoções, mas os componentes psíquicos vão muito além.

Apesar das críticas, o primeiro editorial do *Psychosomatic Medicine* foi um marco histórico no desenvolvimento da Psicossomática, sendo o ponto de partida para uma primeira tentativa de definição de suas concepções. Historicamente representa um esforço para iniciar e definir o escopo de um novo campo de pesquisa, que se desenvolveu ao longo dos anos e foi tomando diferentes concepções.

2.1.2. FRANZ ALEXANDER

Um dos pioneiros da Medicina Psicossomática foi Alexander, editor-chefe do *Psychosomatic Medicine* e cujas contribuições tornaram-se referência para o estabelecimento do campo. Ele se dedicou desde 1932 em uma série de estudos na tentativa de elucidar o papel causal dos fatores emocionais em várias doenças crônicas com etiologia desconhecida. Compreendia o fenômeno psíquico como o aspecto subjetivo de certos processos fisiológicos, assim pensava a Medicina Psicossomática como um método de aproximação de conceitos somáticos de um lado e de conceitos psicológicos de outro, numa tentativa epistemológica da junção do campo da Medicina com o campo da Psicologia, e para isso, utiliza-se da Psicanálise como elo (ALEXANDER, 1950).

Dentre aquilo que Alexander postulou como princípios fundamentais da aproximação psicossomática, o conceito de psicogênese se destaca, tanto pela sua importância como pelas suas confusões. O problema da psicogênese está ligado com a antiga dicotomia entre mente e corpo, na qual sugere uma origem psíquica para o adoecimento físico. Alexander aborda essa questão afirmando que o fenômeno psicológico e o somático ocorrem no mesmo organismo e são aspectos do mesmo processo. No organismo vivo, certos processos fisiológicos são percebidos subjetivamente como sentimentos e ideias, e por isso podem ser estudados com uma abordagem

psicossomática. Por exemplo, no caso de um aumento da pressão sanguínea causado emocionalmente, psicogênese não significaria que a contração das veias sanguíneas é efetuada por algum mecanismo não-somático; concomitante ao sentimento de raiva, ela consiste num processo fisiológico que ocorre no sistema nervoso central e sua cadeia de eventos podem ser explicadas em termos fisiológicos. Assim, Alexander utiliza o termo "psicogênese" para referir a processos fisiológicos que consistem em excitações no sistema nervoso central podendo serem estudados por métodos psicológicos pois são percebidos na forma de emoções, ideias e desejos. Apesar dessa nova roupagem para a psicogênese, ao longo do tempo o termo foi utilizado tanto no sentido que Alexander propõe como no sentido clássico de origem psíquica de sintomas, confusão presente até nos dias atuais e fonte de várias críticas à Medicina Psicossomática.

Os distúrbios emocionais de funções vegetativas são divididos por Alexander (1950) em duas categorias: preparação para luta ou fuga, e retirada de atividade externamente dirigida. Essa divisão acompanha o conceito de homeostase de Cannon, na qual o organismo procura sempre permanecer em um estado constante de equilíbrio. Enquanto o sistema nervoso voluntário lida com a regulação das relações do organismo com o meio externo, o sistema nervoso autônomo controla os arranjos internos. A divisão parassimpática do sistema nervoso autônomo é voltada para a conservação e reconstrução do organismo, utilizando de processos anabólicos para isso, como na estimulação da atividade digestiva para acúmulo de açúcar no fígado. A contraparte da divisão parassimpática, a simpática, controla a regulação das funções vegetativas internas para atividades externas de emergências, envolvendo-se na preparação do organismo para luta ou fuga. Essa preparação inibe os processos anabólicos, estimulando o aumento da frequência cardíaca e respiratória, alterando a distribuição do sangue para os músculos, pulmões e cérebro, aumentando o suprimento disponível de energia necessário para uma ação brusca e emergencial. Em linhas gerais, sob a preponderância do sistema parassimpático, o indivíduo se coloca numa direção de retirada dos problemas externos para uma existência vegetativa; enquanto sob a preponderância do sistema simpático, toda a atenção é voltada para enfrentar os problemas na relação com o meio externo.

Nos distúrbios neuróticos das funções vegetativas, a harmonia entre situações externas e processos vegetativos internos é perturbada. Os distúrbios pertencentes a primeira categoria, a de preparação para luta ou fuga, ocorreriam pela inibição ou repressão de impulsos hostis, assim, por causa dessa inibição, o comportamento de luta ou fuga não é consumado. O organismo permanece fisiologicamente num constante estado de preparação para a ação, e na medida que repetidamente é colocado em preparação para ação sem que nenhuma ação aconteça, as alterações fisiológicas

correspondentes, como o aumento da frequência cardiorrespiratória, da pressão sanguínea, da taxa de carboidratos no sangue, etc., cronificam, geram sintomas e aumentam a vulnerabilidade somática. Estes sintomas são reações a ansiedade neurótica e raiva inibida ou reprimida. Assim, na hipertensão essencial, o aumento da pressão sanguínea é cronicamente mantido sob a influência de emoções que não são completamente aliviadas. O aumento crônico da tensão muscular decorrente de impulsos agressivos contínuos aparenta ser um fator patogênico na artrite reumatoide. Respostas vasculares a tensões emocionais possuem importante papel em certas formas de dores de cabeça.

Um segundo grupo de pessoas neuróticas reagem a acontecimentos emocionais com uma retirada emocional da ação para um estado de dependência. Em vez de encarar a situação de emergência, seus primeiros impulsos são de se colocar em estado de solicitação de ajuda como eles faziam quando eram crianças desamparadas. Essa fuga da ação para uma atitude que é característica do organismo durante um relaxamento foi nomeada como “fuga vegetativa”. Como exemplo, pessoas que desenvolvem diarreia quando estão em perigos ao invés de encarar a situação de forma mais apropriada, estabelecendo uma resposta vegetativa na qual receberia ajuda e gratificação da mãe tal como era quando criança. No primeiro grupo, a resposta de luta ou fuga é adaptativa e os distúrbios ocorrem pois a preparação vegetativa realizada pelo sistema simpático voltada para a ação se torna crônica; neste segundo grupo, ao invés de se preparar para a ação, há uma retirada para uma condição vegetativa que é inapropriada para o enfrentamento da situação. Entre outras consequências, como a diarréia, pode-se citar neurose gástrica, quando ocorre o aumento da atividade gástrica por o organismo se preparar para ser alimentado, asma por fugir da ação se colocando como dependente, procurando ajuda, fadiga por distúrbios no metabolismo de carboidratos.

Pertencem a essa categoria os distúrbios funcionais do trato gastrointestinal, como as formas de indigestões nervosas, diarreia nervosa, várias formas de colites e algumas de constipação. Essas respostas gastrointestinais ao estresse emocional podem ser consideradas baseadas em padrões regressivos, pois representam o reviver de respostas corporais a tensões emocionais características da infância. Uma das primeiras tensões emocionais percebidas pela criança é a fome, a qual e aliviada pela incorporação oral e sensação de saciação. A incorporação oral como forma de aliviar a tensão emocional pode ser vista em pessoas que mordem ou mastigam algo quando tensas, fumantes, ou outras formas desse mesmo tipo de padrão regressivo. Casos de gastrite nervosa, em que a pessoa se encontra num estado frequente de receber alimento. Respostas precipitadas emocionalmente na função intestinal são fenômenos regressivos similares.

Temos então que sempre que a expressão da competitividade, agressividade e impulsos hostis são inibidos pelo comportamento voluntário, o sistema adrenal simpático é mantido em excitação. Os sintomas surgem da manutenção da excitação simpática, que persiste pois a reação de luta e fuga não é consumada. Nos casos em que a gratificação pela busca de auxílio e tendências regressivas são mais evidentes, as respostas vegetativas manifestam em disfunções que são resultados do aumento da atividade parassimpática. A divisão de sintomas vegetativos em duas categorias é um passo preliminar para a solução da questão da especificidade emocional em neuroses orgânicas; o próximo passo é entender os fatores específicos que fazem com que a escolha da função do órgão tome uma preponderância da atividade simpática ou parassimpática. Para tal, utiliza-se de anamnese e análise psicológica para compreender o funcionamento psicossomático do paciente.

De acordo com a teoria da especificidade de Alexander, a resposta fisiológica a estímulo emocional, tanto normal como mórbida, varia de acordo com a natureza do estado emocional precipitante. Riso é a resposta para alegria, pranto para tristeza. A resposta vegetativa para diferentes estímulos emocionais variam também de acordo com a qualidade da emoção, de forma que cada estado emocional tem sua síndrome fisiológica. Aumento da frequência respiratória e pressão sanguínea constituem parte da raiva e medo. Aumento da secreção estomacal pode ser uma resposta regressiva para uma emergência. O quão específico é a resposta fisiológica para vários estímulos emocionais é uma questão aberta, mas são colocados diante de duas atitudes: a) preparação para lidar com uma situação produtora de ansiedade indo de encontro a ela; b) fuga aumentando a dependência tal qual uma criança pequena se volta para sua mãe por auxílio ao invés de ir ao encontro da emergência por si mesmo.

Como bem apontado por Alexander (1950), a controvérsia referente a especificidade de fatores psicodinâmicos operando em distúrbios vegetativos é obscurecida pelo fato de que influências psicológicas significativas, como ansiedade, hostilidade reprimida, impulsos eróticos, culpa, são presentes em todos os distúrbios. Não é a presença de um ou mais desses fatores psicológicos que dá a especificidade, mas a presença da configuração dinâmica em que aparecem. O conteúdo psicológico junto com a configuração dinâmica das forças motivadoras determinam as funções fisiológicas que serão ativadas ou inibidas, para uma saída simpática de luta ou fuga, ou para uma parassimpática de retirada vegetativa para receber cuidado.

Alexander utilizou seus conceitos no estudo de inúmeras patologias, em especial asma brônquica, úlcera gástrica, artrite reumatóide, retocolite ulcerativa, dermatoses, tireotoxicose e hipertensão essencial, formulando hipóteses psicogênicas para suas ocorrências. Contudo, ele

explicitamente desaprova o conceito de “doença psicossomática”, pois isso revelaria que outras doenças não seriam psicossomáticas e, segundo a doutrina da etiologia multifatorial, em todas as doenças há fatores tanto somáticos como psicológicos agindo em sua manifestação.

As hipóteses de Alexander representaram, como coloca Lipowski (1984), as formulações mais elaboradas da psicogênese da doença orgânica já feita, constituindo um importante marco na história da Psicossomática, influenciando pesquisas por mais de vinte e cinco anos. Apesar da moderação de Alexander em relação aos seus conceitos e da teoria da psicogênese específica de algumas doenças, estas passaram a ser referidas por escritores posteriores como sendo as doenças psicossomáticas, encontrando crescentes críticas. Toda noção de psicogênese foi atacada e a Medicina Psicossomática foi sendo entendida como referindo ao papel do psíquico como agente mórbido, além de promover uma noção simplista de corrente linear causal levando emoções ao adoecimento, o que vai contra a proposta real do periódico Psychosomatic Medicine e do próprio Alexander.

2.1.3. A INFLUÊNCIA DE ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA FISIOLOGIA

A influência de aspectos psicológicos no funcionamento fisiológico do corpo, o que é tão caro à Psicossomática, há tempos é intuído, reconhecido e discutido, seja pelo conhecimento comum, filosófico ou científico. Uma compreensão mais clara do mecanismo pelo qual estados psicológicos se traduzem em atividade somática influenciando alterações fisiológicas subjacentes foi proporcionada por estudos a respeito do sistema nervoso autônomo, notadamente por Cannon (1915;1932) ao elucidar o mecanismo de luta e fuga e conceber o conceito de homeostase, Selye (1956) e Mason (1975) a respeito do estresse. Essas contribuições embasaram e permitiram o desenvolvimento do conhecimento no campo da Psicossomática

2.1.3.1. CANNON, O MECANISMO DE LUTA E FUGA E A HOMEOSTASE

Walter Cannon é considerado o primeiro grande pesquisador a estudar a fisiologia das emoções de modo sistemático. Em seu livro *The Mechanical Factors of Digestion*, de 1911, Cannon descreve como o estado emocional influencia nos movimentos peristálticos. Quando um animal entra em estado de ansiedade ou distress, os movimentos estomacais são imediatamente inibidos. Mesmo distúrbios psíquicos sutis são acompanhados pela pausa no peristaltismo. Assim que o animal sai do estado de distress, os movimentos estomacais retornam. Como parte da inervação estomacal também está presente no trato intestinal, este também apresenta interferência do estado emocional. Cannon cita exemplos de pesquisas com cachorros, nas quais a atividade intestinal é aumentada após sinais de emoções, como o medo ocasiona peristaltismos mais rápidos.

Dessa forma, ele afirma que não há dúvidas de que muitos estados emocionais são fortes estímulos para o peristaltismo, assim como outros estados emocionais são inibidores. A satisfação psíquica é importante para a secreção do suco gástrico, o qual muitos processos gástricos e intestinais são dependentes, assim como a influência do sistema simpático pode destruir completamente as atividades secretoras e motoras iniciadas pelo sistema bulbar. Essas alterações forjadas por distúrbios emocionais, apesar de não serem conhecidas pela consciência, foram, conforme afirma Cannon, claramente demonstradas por estudos fisiológicos.

Suas pesquisas a respeito das alterações fisiológicas em estados emocionais resultaram em seu livro *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, de 1915. Cannon apresentou evidências que mostravam que quando um animal é fortemente estimulado, a divisão simpática do sistema nervoso autônomo combina com o hormônio adrenalina para mobilizar o animal para uma Reação de Emergência, ou *resposta de luta ou fuga*. Trata-se de resposta específica do corpo, na qual o sistema simpático-adrenal orquestra mudanças na fisiologia, em especial no suprimento de sangue e açúcar disponível, de modo disponibilizar uma maior quantidade de recursos energéticos para músculos e órgãos críticos, por exemplo: para lutar ou fugir, os músculos esqueléticos precisam de mais energia do que os órgãos internos relacionados com a digestão. Essa resposta é estabelecida diante de uma situação que se configure como de perigo, assim o animal consegue reagir de forma rápida e intensa para manter sua sobrevivência.

As alterações da resposta de luta ou fuga nos permitem correr mais rápido e lutar mais e melhor. Ocorre aumento da frequência cardíaca, respiratória e da pressão sanguínea, fornecendo

mais oxigênio e glicose para músculos importantes. Aumenta também a sudorese para resfriar os músculos, superaquecidos pelo aumento do gasto energético. O sangue “se afasta” da pele, acumulando-se nas partes centrais do corpo, para menor perda de sangue diante de um ferimento. A pupila se dilata e a atenção se foca para a ameaça, excluindo o restante. Há uma rápida mobilização de recursos, com aumento da capacidade e resistência corporal para lidarmos com situações de perigo de forma mais eficiente, assim teremos mais chances de sobrevivência. Esse mecanismo é essencial à vida e sem ele não sobreviveríamos às circunstâncias que se mostram ameaçadoras para a vida.

Contudo, tais modificações possuem também seus efeitos negativos. Nesse estado, ficamos mais excitáveis, ansiosos e irritáveis, ocasionando uma significativa diminuição da capacidade de lidar com outra pessoa, tornando-nos menos sociáveis. Com um coração mais pulsante, fica mais difícil executar tarefas que exigem precisão ou maior controle. Com o foco da nossa atençãovoltado para a sobrevivência, fica difícil tomar decisões mais refinadas, que seriam baseadas em informações de diferentes fontes.

A resposta de luta ou fuga não ocorre apenas em situações evidentes e iminentes de risco de vida, ocorrem também em situações de medo, fome, dor, raiva e, de forma geral, *a percepção de uma situação que se configure como ameaça é o suficiente para colocar nosso organismo em estado de luta ou fuga*. A dimensão da ativação dessa resposta aumenta significativamente pelo fato de que ela ocorre mesmo diante de situações novas, inesperadas ou mesmo desafiadores, de tal forma que essa resposta faz parte do nosso cotidiano, sendo ativada constantemente e com diferentes intensidades.

Contudo, como controlar a intensificação de determinadas funções corporais, para que elas não acabem por levar o organismo para exatamente aquilo que ele procura evitar, a morte? Walter Cannon, em seu livro *The wisdom of the body* (1932), exalta como o nosso corpo é constituído por estruturas extremamente instáveis, que constantemente estão estimuladas e submetidas a alterações físicas e químicas. Pulsos elétricos percorrem o sistema nervoso e ao atingir um músculo, lá encontra substâncias tão sensíveis a ligeira perturbação que podem desencadear um poderoso movimento muscular; nossos órgãos dos sentidos são sensíveis a estímulos de forma incrivelmente recorrente.

A instabilidade das estruturas corporais é mostrada também pelas suas rápidas mudanças quando as condições são alteradas, seja pela sua disponibilidade de perturbação do menor estímulo ou pela rápida decomposição quando as condições favoráveis são retiradas. A dimensão dessa

instabilidade aumenta significativamente quando se considera que nosso corpo é um sistema aberto, interagindo o tempo todo com o ambiente, e que a sua estrutura não é permanente, sendo desgastada e reconstruída permanentemente.

Felizmente, nosso corpo desenvolveu métodos de conservação da estabilidade na presença de condições que possam ser até mesmo profundamente perturbadoras, sejam elas induzidas por condições externas, como a manutenção da temperatura corporal mesmo estando num ambiente mais frio ou mais quente, ou internas, como a dissipação do calor produzido pelo esforço muscular. Os mecanismos de estabilização adaptativos, que são cruciais à manutenção de condições vitais, são a tradução de processos fisiológicos coordenados e complexos para obter estados de equilíbrio. Para esses estados, Cannon designa o nome de *homeostase*, uma palavra para significar uma condição que é variável, mas relativamente constante. Esse conceito de autorregulação, que descreve uma importante evolução adaptativa, torna-se tão icônico que é utilizado por cientistas de diferentes áreas.

O equilíbrio dinâmico enunciado pela homeostase esclarece dois movimentos que parecem contraditórios: o de flexibilização e o de constância. Um organismo que adote apenas um desses movimentos de forma plena não conseguiria manter a vida diante das frequentes alterações de estímulos, sejam eles externos ou internos. Contudo, uma autorregulação que parta de estados fisiológicos favoráveis (e portanto, constantes), mas que consiga ser flexível para se adaptar às diferentes exigências, com o objetivo de manter tais estados fisiológicos, torna-se essencial para a vida.

Como exemplo de processos de homeostase, temos: a temperatura corporal mantida numa requerida amplitude, a resposta do sistema imune a vírus e bactérias, a coagulação do sangue quando o sangramento ocorre, o reparo e regeneração de tecidos danificados, a manutenção de fluídos e balanço eletrolítico, o controle dos níveis de glicose e regulação ácido-base envolvendo o sangue e rins.

Os conceitos de resposta de luta ou fuga e o de homeostase vão servir de base para o esclarecimento das alterações fisiológicas referentes e/ou decorrentes de estados emocionais. Como coloca Mello Filho (2002), “podemos dizer que os trabalhos de Cannon abriram caminho para a psicofisiologia, isto é, à pesquisa voltada para as interações entre estados mentais e processos fisiológicos”.

2.1.3.2. SELYE E O ESTRESSE

Como uma das grandes descobertas da Ciência, vindo no caminho das contribuições de Cannon, Hans Selye descreveu a Síndrome Geral de Adaptação (1936), e o que popularmente ficou conhecido, o estresse.

Através da prática clínica em Medicina, Selye percebeu que todos pacientes não só se sentiam doentes, mas apresentavam uma aparência doente através de sinais e sintomas, com língua saburrosa, acompanhada com dores mais ou menos difusas nas articulações, distúrbios intestinais e perda de apetite. A maioria apresentava febre, aumento do baço ou do fígado, amídalas inflamadas, erupção cutânea, e assim por diante. Eram sintomas manifestos, contudo, por serem não-específicos, não interessavam para uma formulação diagnóstica. Poucos sinais ou sintomas eram característicos de determinada doença, enquanto a maioria dos distúrbios eram aparentemente comuns em várias e talvez em todas as doenças, de modo que configuram uma "síndrome de estar doente", não uma doença específica, mas o adoecer. Compreender o mecanismo de ficar doente permitiria tratar a "síndrome geral do adoecimento", que se sobrepõe a todas as doenças individuais.

Posteriormente realizou um estudo da relação entre os hormônios no corpo, ao tentar verificar os efeitos de um extrato ovariano no organismo de ratos. Selye verificou que os ratos submetidos ao extrato apresentaram úlcera péptica, inchaço das glândulas adrenais e redução dos tecidos imunológicos. Contudo, os ratos do grupo controle, submetidos a solução salina ao invés do extrato ovariano, apresentaram os mesmos sintomas. Sendo mais hábil como cientista do que no trato com animais, Selye descobriu que os sintomas não diziam do extrato ovariano, mas sim da rotina desagradável aos quais os ratos eram submetidos, sendo consequências de uma espécie de reação não específica do corpo a acontecimentos desagradáveis em geral.

Através de estudos sobre essa reação não específica, que ocasionava sintomas e a "síndrome geral do adoecimento", Selye (1936) observou que organismos diferentes apresentam um mesmo padrão *geral* de resposta fisiológica a estímulos que interferem na homeostase, qualquer que seja a natureza da causa que os criou, configurando uma *síndrome*, pois as manifestações individuais da resposta do organismo são coordenadas e parcialmente dependentes umas das outras, como consequência direta dos contínuos e persistentes esforços para a *adaptação*

às situações de vida. A essa síndrome, Selye (1936) deu o nome Síndrome Geral de Adaptação, e o estado manifesto por ela, constituindo todas as alterações não específicas produzidas num organismo biológico, denominou de estresse (stress), conceito importado da Física que designa a tensão e o desgaste a que estão expostos os materiais diante de uma deformação.

Todo o mecanismo de funcionamento do estresse é orquestrado pelo sistema neuroendócrino, através de hormônios adaptativos. Grosseiramente falando, os hormônios adaptativos se dividem em dois grupos: os anti-inflamatórios, ou glicocorticoides (ACTH, cortisona, cortisol), que facilitam a convivência com o patógeno estressor quer reduzindo a sensibilidade a ela ou encapsulando-o dentro de uma barricada de tecido inflamatório; e os pró-inflamatórios ou mineralocorticoides (STH, aldosterona, DOC), que melhoram a destruição de agentes patogénicos potenciais, principalmente através da indução de enzimas metabolizadoras no fígado. Os efeitos desses hormônios podem ser modificados ou condicionados por outros hormônios, reações nervosas, dieta, hereditariedade, e memória dos tecidos por exposições prévias ao estresse. Resumidamente, a resposta ao estresse tem um mecanismo triplo, consistindo em: 1) o efeito direto do estressor sobre o corpo, 2) respostas internas que estimulam tecidos a defender ou ajudar a destruir substâncias danosas, e 3) respostas internas que facilitam a convivência com o patógeno estressor. Resistência e adaptação dependem do equilíbrio adequado desses três fatores.

A Síndrome Geral de Adaptação é composta por três fases. A primeira é chamada de *Reação de Alarme*, momento em que o organismo reconhece o estressor e entra em alarme, sendo a expressão corporal de um “chamado às armas” generalizado das forças defensivas no organismo, podendo durar alguns momentos a até 24 horas dependendo da intensidade do estressor. Diante do choque de alarme, o organismo desenvolve um contrachoque ativando o sistema neuroendócrino. A hipófise secreta hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) para estimular as glândulas suprarrenais a produzirem cortisol (glicocorticoide), adrenalina e noradrenalina, hormônios típicos do estresse. A síntese proteica é inibida e ocorre maior quebra de proteínas nos músculos, tecidos linfáticos e ossos, aumentando o nível de aminoácidos no sangue e consequentemente maior taxa de açúcar no sangue. Ocorre aumento da frequência respiratória, cardíaca e da pressão arterial, assim como hiperglicemia, sudorese, dilatação das pupilas, etc. O organismo encontra-se assim com mais energia prontamente utilizável no sangue, maior distribuição dessa energia pelo corpo, aumento do controle térmico para dissipar o calor decorrente do aumento do gasto energético, e ampliação dos sentidos para reagir mais prontamente aos estímulos externos, assemelhando a Reação de Luta ou Fuga de Cannon (RODRIGUES, 1989). Projetos de construção dispendiosos e de longo prazo são interrompidos, a digestão, o crescimento e regeneração de tecidos são

reduzidos, o sistema imunológico é suprimido, em função de dirigir os recursos para a utilização imediata dos músculos.

A persistência do estressor faz o organismo entrar na *Fase de Resistência*, que diz respeito à soma das reações gerais não específicas estabelecendo resistência frente ao agente estressor, adaptando-se a ele. As alterações fisiológicas decorrentes da Reação de Alarme se estabilizam e são cronificadas, com produção permanente de glicocorticoides e aumento da atividade do córtex da suprarrenal. Em função da adaptação ao estressor, diminui a resistência frente a outros estímulos estressores subsequentes. A fase de resistência pode ser vista como uma tentativa de sobrevivência através de uma utilização equilibrada de mecanismos de defesa inflamatória e anti-inflamatória do corpo para facilitar a coexistência do organismo e do estressor (SELYE, 1976a)

O hiperfuncionamento do organismo voltado para o preparo para a ação diante de um agente estressor é adaptativo e essencial para a manutenção da vida. Contudo, ele tem um custo e um limite. Se perdurar ao longo do tempo, a resposta de estresse pode se tornar mais prejudicial que o próprio estressor. A mobilização constante de glicose no sangue pode desenvolver uma diabetes; o aumento crônico da frequência cardíaca, respiratória e sanguínea pode levar a doenças cardiovasculares; a falta de acúmulo nas reservas pode levar à diminuição para níveis alarmantes ou esgotamento de substâncias importantes para a fisiologia; a redução no crescimento e regeneração de tecidos torna-se crítico para a manutenção e desenvolvimento do organismo. Com o estresse prolongado, esgota-se a capacidade de adaptação e resistência ao agente estressor, entrando na *Fase de Esgotamento*. As glândulas suprarrenais se deformam. A resposta de estresse torna-se prejudicial e desadaptada, retornando à Reação de Alarme e sendo tida como um novo choque, porém o organismo encontra-se esgotado para dar uma resposta de contrachoque, levando às doenças de adaptação e até à morte.

Em linhas gerais, a SGA supõe que: a) qualquer demanda, positiva ou negativa, pode provocar resposta de estresse; b) a resposta de estresse é caracterizada pela mesma cadeia de eventos e padrões de correlatos fisiológicos apesar do estressor ou estímulo que a provocou; c) os recursos adaptativos são geneticamente determinados e finitos; d) a resposta de estresse é adaptativa, porém se cronificada pode levar a doenças de adaptação.

2.1.3.3. MASON E O ESTRESSE PSICOLÓGICO

O campo do estresse cresceu e se desenvolveu através das contribuições da bioengenharia, mostrando que o processo era muito mais complexo e interessante. Existem domínios múltiplos de resposta; às vezes o cérebro mede a quantidade de glicocorticoides no sangue, às vezes mede a taxa pela qual está mudando; o sistema é extremamente sensível à intensidade do estressor, estabelecendo relações de linearidades como a queda na pressão sanguínea e a taxa de epinefrina. O corpo possui uma precisão impressionante para medir a velocidade e a extensão do desvio do equilíbrio alostático provocado por um estressor (SAPOLSKY, 2007).

A abordagem biomecânica, de *input* e *output*, mapeou com grande precisão a relação entre intensidade e duração do estímulo e a resposta fisiológica correspondente. A lógica, contudo, parecia não funcionar conforme o esperado quando o organismo em questão podia recorrer à mãe e isso fazia com que a resposta de estresse fosse menor; e também um mesmo estímulo estressor, como saltar de paraquedas, apresentar uma palestra ou realizar uma entrevista de emprego, apresentavam respostas diferentes se era com um novato ou alguém experiente. O aspecto psicológico parecia não só modular a resposta de estresse, mas também a desencadeava (SAPOLSKY, 2007).

Em um estudo, Mason (1971) separou dois macacos de um grupo de oito e parou de os alimentar, colocando todos na mesma sala. Estes dois macacos ficaram três dias sem serem alimentados, enquanto os outros seis se alimentavam normalmente. O cuidador entrava na sala no tempo habitual, com sons, sinais e odores característicos do momento de alimentação, porém os dois macacos em jejum eram completamente ignorados, reagindo com vocalizações como protesto. O jejum, nessas condições, fez com que os hormônios do estresse estivessem em níveis significativamente elevados nos macacos privados de alimentação, situação diferente de quando o jejum era realizado sem a presença de outros macacos, em que os níveis de hormônios do estresse ficavam bem menos elevados. O estímulo psicológico foi suficiente para ativar e modular uma resposta de estresse de grande magnitude.

O que era um breve pensamento na obra de Selye (1950) quando disse que mesmo um mero estresse emocional mostra-se um procedimento de rotina para a produção de uma reação de alarme, foi o ponto de partida para estudos a respeito do *estresse psicológico*. Pesquisadores levantaram a

possibilidade de que mecanismos psicoendócrinos poderiam existir num escopo mais amplo do que imaginavam. Cannon havia demonstrado que o sistema medular adrenal simpático era claramente influenciado por fatores psicológicos, mas nas pesquisas de Selye poucos dados indicavam que outros sistemas endócrinos poderiam ser objetos de influências psicológicas, mas posteriormente, várias pesquisas confirmaram a observação de Selye de que estímulo psicológico pode eliciar uma substancial resposta cortical adrenal-pituária (MASON, 1968). Os achados foram além, demonstrando que o estímulo psicológico está entre os mais fortes que afetam o sistema cortical adrenal-pituária, não apenas aquele desencadeado por uma forte dor ou desconforto emocional, mas o mais sutil estímulo psicológico da vida cotidiana pode ser sensivelmente refletido em atividade adrenocortical (MASON, 1971).

Dentre as categorias de hormônios que são responsivos a influências psicológicas, destacam-se as catecolaminas (adrenalina, noradrenalina e dopamina). Apresentam grande sensibilidade para refletir reações psicológicas relativamente comuns, associadas a eventos do cotidiano. Assim como no caso do sistema cortical adrenal-pituária, o sistema nervoso central pode exercer uma tonicidade nos níveis de catecolaminas, de forma que fatores psicológicos podem diminuir ou aumentar seus níveis e formas de prazer e desprazer de reações emocionais estão associadas a elevados níveis de catecolaminas (MASON, 1968).

Esses achados promoveram uma reavaliação na teoria do estresse. Até então, por mais que se assinalasse um componente psicológico, o estresse se assentava em seu funcionamento fisiológico e os estímulos estudados eram eminentemente físicos. Mason, contudo, coloca em cheque conclusões de estudos, tanto passados como futuros, sobre o papel de estímulos físicos ou fisiológicos na regulação endócrina sem que houvessem esforços rigorosos para minimizar ou avaliar o possível papel de reações psicológicas associadas. Em alguns casos, pode ser impossível de isolar o estímulo físico em sua forma pura, como por exemplo, é muito improvável produzir um trauma físico sem dor e reação emocional, ou infecções agudas sem desconforto e mal-estar associados, e outros estresses físicos, como hipóxia ou injeções de certas drogas, sem náusea, mal-estar, de forma que reações psicológicas deveriam receber atenção tal qual idade, sexo, peso, nutrição e outras variáveis independentes.

A concepção de inespecificidade foi revisitada. O sistema cortical adrenal-pituária responde a mais de um estímulo, tanto ao físico como ao psicológico. Se a adrenal cortical respondesse a estímulos físicos de forma que se pudesse provar que não há interferência de estímulos psicológicos, então o grau de inespecificidade estaria no nível colocado por Selye. Contudo, além do sistema cortical adrenal-pituária, uma série de outros sistemas endócrinos tem

uma ampla capacidade de respostas a vários estímulos (MASON, 1971), de forma que a inespecificidade parece ser capaz de atingir um nível menor do que se imaginava.

Corrobora para isso o fato de que a resposta de estresse não é determinada apenas pelo critério situacional; os estímulos são processados pelo sistema nervoso central, portanto o histórico de experiências anteriores e mecanismos de enfretamento determinam a resposta endócrina. Dentre as condições psicológicas que apresentam uma importante intensidade de resposta de estresse estão a novidade, imprevisibilidade, antecipação de algo anteriormente experimentado como desprazeroso, envolvimento egóico, e situações cujas regras foram estabelecidas há muito tempo mudam repentinamente. Com isso, há diferenças individuais marcantes na resposta de estresse de forma que grande ênfase deve ser dada na definição desses fatores individuais. No que se refere aos fatores psicológicos, inclui estado emocional, estilo e efetividade de defesas psicológicas, fatores dinâmicos nos comportamentos individuais e conhecimento do meio social (MASON, 1968).

2.1.4. UMA VISÃO ATUAL EM PSICOSSOMÁTICA

A Psicossomática surgiu como campo estruturado do conhecimento na década de 1930, tendo significativo impacto na Medicina (LIPSITT, 2006). Os pioneiros da Psicossomática eram fundamentalmente psicanalíticos, utilizando deste método para estudar os fatores psicológicos nas doenças. Apesar de Freud nunca ter utilizado o termo “psicossomática”, encorajou outros a utilizar conceitos psicanalíticos para compreender a ligação entre eventos fisiológicos e fenômenos mentais. A junção da Medicina e da Psicanálise, sob o método denominado de Medicina Psicossomática, revelou-se bastante frutífera e possibilitou a inserção de modo sistematizado de aspectos psicológicos na compreensão e intervenção das doenças.

Certamente estudos não psicanalíticos, como os experimentais de Pavlov, Cannon e outros, a respeito do funcionamento psicofisiológico, fizeram grandes contribuições para a emergência e estabelecimento da Medicina Psicossomática na década de 1930, mas a popularidade e prestígio foi atribuído a Franz Alexander e seus colegas do Instituto Psicanalítico de Chicago, com seus

impressionantes estudos metodológicos a respeito da psicogênese da doença orgânica (LISPITT, 2006), marcando o primeiro momento da Psicossomática.

Esse movimento foi efervescente entre as décadas de 1930 e 1950, tendo como carro chefe a ideia da psicogênese. Alexander resgatou esse antigo conceito presente no pensamento ocidental e tentou dar-lhe uma nova concepção. A utilização da palavra "tentativa", no caso, é oportuna, visto que Alexander utilizou a psicogênese como uma forma de estudar e intervir psicologicamente no concomitante psíquico de processos corporais, desenvolvendo um novo método e uma nova abordagem para o adoecimento que significou um avanço na compreensão do ser humano; porém, apesar dessa importante contribuição, o uso da psicogênese como causa psíquica das doenças orgânicas, contrariamente ao conceito utilizado por Alexander, foi o que predominou no pensamento a respeito da Psicossomática, no sentido de uma origem unicausal para determinadas doenças, as quais foram vulgarmente denominadas de "doenças psicossomáticas".

Esse pensamento foi duramente criticado, inclusive pelo próprio Alexander a quem foi creditado tal pensamento, pois vai contra a doutrina da multicausalidade, postulado fundamental dentro da Psicossomática. Tal conceito de psicogênese como gênese psíquica para doenças psicossomáticas subentende que a causa única é psicológica, além de colocar que apenas algumas doenças teriam fatores psicológicos atuando, enquanto se postulava que eles atuariam em todo e qualquer processo de adoecimento. Essa psicogênese é contraditória com toda a proposta da Psicossomática, e sua superação, em especial com os trabalhos de Engel (1967), marcou o início de uma nova fase na Psicossomática, com o modelo biopsicossocial.

Engel (1977) destacou em seu texto "The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine" os limites e inadequações do modelo biomédico, o modelo dominante de doença da época e que se estende até hoje. Tendo como disciplina científica básica a biologia molecular, assume que as doenças podem ser completamente compreendidas como um desvio dos padrões de variáveis biológicas mensuráveis. Não há espaço nesse enquadramento para aspectos psicológicos, sociais e comportamentais referentes ao adoecimento, abarcando um reducionismo aos aspectos biológicos e um dualismo mente-corpo que separa o mental do somático. A busca pelo caráter científico da Medicina fez com que esse modelo obtivesse sucesso para além das expectativas, mas a um custo que agora a limita e lhe traz problemas, ao excluir aspectos psicossociais.

O reducionismo adotado pelo modelo biomédico promove uma distorção ao considerar uma doença específica como adequada, se não melhor, caracterizada em termos do menor

componente isolado que possui implicações causais, considerando que a designação “doença” não pode ser aplicada na ausência de perturbações ao nível bioquímico.

No modelo biomédico, um desvio bioquímico específico é geralmente associado a um critério diagnóstico para uma doença específica. Contudo, em termos de experiência humana no adoecimento, exames laboratoriais podem apenas indicar uma doença em potencial, não o estado da doença no momento. Ou seja, a anormalidade pode estar presente, mas o paciente pode não estar doente. Como no caso da diabetes, pode verificar poluiria, polidipsia, polifagia, perda de peso e deficiência de insulina, mas como esses sintomas serão reportados por um indivíduo, e como o estão afetando, dependem de fatores psicológicos, sociais e culturais.

Há uma necessidade de aproximar os processos bioquímicos com os dados clínicos do adoecimento, o que requer uma aproximação para os dados psicossociais e comportamentais. O modelo biomédico, porém, ignora o rigor necessário para alcançar a confiabilidade na entrevista com o paciente a respeito da experiência de adoecimento, assim como a necessidade de analisar o significado do relato do paciente em termos psicológicos, sociais e culturais a respeito de suas condições anatômicas, fisiológicas e bioquímicas.

As condições de vida constituem importantes variáveis que influenciam o início da manifestação dos sintomas reportados, assim como as variações do curso da doença. Como coloca Engel (1977), respostas psicológicas a condições de vida podem interagir com fatores somáticos existentes, alterando a susceptibilidade e influenciando o estabelecimento, severidade e desfecho da doença. Fatores psicológicos e sociais são determinantes também para *se* e *quando* pacientes com alterações bioquímicas chegam a ver a si ou vistos por outros como doentes, determinando também quando o paciente vai procurar os serviços de saúde.

Para melhor se compreender os determinantes das doenças e fornecer melhores tratamentos e atendimentos nos serviços de saúde, Engel (1977) coloca a necessidade de se levar em conta o paciente e contexto social, adotando um modelo que aborde a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa. O modelo *biopsicossocial*, proposto pelo autor, permite ver o adoecimento como o resultado da interação de mecanismos a nível celular, tecidual, orgânico, interpessoal e ambiental, de modo que o estudo de toda e qualquer doença deva incluir o indivíduo, seu corpo e seu ambiente como componentes essenciais de um sistema total. Compreende que fatores psicossociais podem influenciar no surgimento, duração e desfecho da doença, e seu peso pode variar de uma doença para outra, de um indivíduo para outro e mesmo em dois episódios da mesma doença em um mesmo indivíduo.

O artigo na qual Engel (1977) discute os limites do modelo biomédico e propõe o modelo biopsicossocial teve um grande impacto na comunidade científica, tendo mais de 8056 citações ao longo dos anos. O modelo biopsicossocial trouxe a Psicossomática para uma nova fase. O foco deixou de ser a psicogênese da doença e passou a se estudar a interface entre os processos psicológicos, somáticos e sociais.

Após mais de trinta anos do modelo biopsicossocial, o modelo dominante ainda é o biomédico, com a biologia molecular como disciplina básica. Contudo, evidências que apoiam o modelo biopsicossocial aumentaram consideravelmente ao longo dos anos, como destacam Fava e Sonino (2008). Várias pesquisas apontam que eventos estressantes de vida e desafios ambientais crônicos ou repetitivos modulam a vulnerabilidade individual para o adoecimento (MCEWEN, 1998). A tendência em experimentar e comunicar desconfortos psicológicos sob a forma de sintomas físicos e procurar ajuda para eles correspondem a uma significativa parcela de pacientes, aumentando a utilização em serviços de saúde e os gastos, assim como sintomas inexplicáveis medicamente parecem ser a "regra" nos serviços primários de saúde (BARSKY, ORAV, BATES, 2005). As formas como os pacientes experimentam, percebem, avaliam e respondem (e aí também incluem os distúrbios afetivos, como depressão e ansiedade) ao seu estado de saúde podem afetar o curso, resposta terapêutica e resultado de determinado episódio de adoecimento (FAVA & SONINO, 2005). O enorme gasto com medicamentes para prevenção, cujos benefícios são a longo prazo e para uma pequena parcela da população, são questionados pelos crescentes e demonstráveis benefícios das mudanças de estilo de vida por medidas populacionais em uma abordagem biopsicossocial para cuidados em saúde (FAVA & SONINO, 2005; CHIAVE ET AL, 2006; ABRAMSON & WRIGHT, 2007).

Uma contribuição importante foi dada por Lipowsky (1986) ao propor definições para Psicossomática. O termo "psicossomática" refere ou é relacionado a inseparabilidade e interdependência dos aspectos psicossociais e biológicos, ou seja, uma visão do ser humano como um todo, um complexo mente-corpo inserido num contexto social. "Medicina Psicossomática" refere-se a uma disciplina que estuda as correlações dos fenômenos psicológicos e sociais com as funções fisiológicas, normais ou patológicas, e o interjogo de fatores biológicos e psicossociais no desenvolvimento, curso e desfecho das doenças. Promove uma abordagem biopsicossocial para o cuidado com o paciente, para a prevenção e tratamento da morbidade humana. Como premissas e preceitos: a) o homem é um organismo biopsicossocial, que recebe, acumula, processa, cria e transmite informações, incorporando sentidos a elas, os quais eliciam respostas emocionais; em virtude de seus concomitantes psicológicos, podem afetar todas as funções corporais, saudáveis

ou patológicas; b) saúde e doença são estados do organismo definidos mais ou menos arbitrariamente, e co-determinados por fatores psicológicos, sociais e orgânicos, sempre possuindo aspectos biopsicossociais; c) Estudo, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças devem levar em conta as várias contribuições de todos as três classes de variáveis acima; d) etiologia é por regra multifatorial, e o peso relativo de cada uma das três classes variam de doença para doença, de caso para caso, sendo algumas necessárias e outras contribuintes; e) assistência ideal para o paciente requer que os postulados acima sejam aplicados à prática clínica.

Essas definições de Lipowsky formataram um modo de pensar e agir dentro da Psicossomática, num contexto em que havia (e ainda há) tantas formas de psicossomática quanto pessoas que as praticam. Lipowsky fez um levantamento histórico e semântico da Medicina Psicossomática, facetas indispensáveis para qualquer disciplina que deseja obter uma identidade. Foi um esforço para clarificar o campo complexo de estudo, assim como se opor enfaticamente ao conceito de psicogênese, adotando o conceito de holismo na medida em que entende o homem como um todo, em seus aspectos psicológicos, orgânicos e sociais. Como campo de estudo, Lipowsky coloca a Psicossomática como uma disciplina científica preocupada com a descrição dos fenômenos observáveis e a formulação de hipóteses testáveis. Se por um lado essa proposta pôde aproximar a Psicossomática com os avanços do movimento científico das ciências biológicas, por outro passou a enfrentar as mesmas dificuldades dessas ciências quando se trata de questões humanas. Não obstante, disciplinas como psicofisiologia, psiconeurologia, psicoimunologia, tornaram-se os carros chefes da Psicossomática atualmente, enquanto abordagens psicológicas e sociais encontram-se em segundo plano por muitas vezes não atingirem o nível de cientificidade observável e testável das ciências biológicas, sendo comumente assinaladas como aspectos "psicossociais" nos estudos psicossomáticos. As implicações para a prática clínica em Saúde resultam num reconhecimento da influência de aspectos psicológicos e sociais no adoecimento, o que não quer dizer da compreensão de tais aspectos, o que neles estaria em ação em um dado paciente e em como instrumentalizá-los na terapêutica.

A Psicossomática compreendida nesse trabalho enuncia uma proposta metodológica, o estudo sistemático das relações existentes entre os processos sociais, psíquicos e funções corporais, saudáveis ou patológicas, procurando convergir saberes de diferentes áreas de conhecimento e o estabelecimento de um diálogo entre as Ciências Biomédicas, Ciências Humanas e Sociais (RODRIGUES, 2010). Há o entendimento que mente e corpo configuram uma unidade funcional, dentro de uma perspectiva que é denominada de "Psicossomática", o que implica em uma atitude voltada para promoção da saúde de forma interdisciplinar, onde as interações biopsicossociais

envolvidas neste processo ocupam papel de destaque, com um gradual abandono do dualismo, em prol de concepções não-dicotômicas do ‘corpo-mente’ (PONTES, 1975; MELLO FILHO, 1978; CHURCHLAND, 1981; PERESTRELLO, 1982; DAMASIO, 1994; KIM, 1998).

2.2. A PSICANÁLISE COMO FERRAMENTA DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOSSOMÁTICA

A Psicossomática se encontra com a Psicanálise em sua própria origem. Freud, apesar de não ter escrito a respeito do fenômeno psicossomático, manteve sempre em seu pensamento as relações entre mente e corpo, debruçando sobre essa questão ao longo de sua obra. Através de seus estudos sobre a histeria (FREUD, 1895), Freud evidenciou a possibilidade de conflitos psicológicos interferirem no corpo, gerando sintomas somáticos. Em seu trabalho “*Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas*” (FREUD, 1893), demonstrou que na histeria, uma paralisia nos membros inferiores ocorria mesmo com os músculos e nervos intactos, ou uma afasia ocorria sem que a área de *Wernicke* estivesse comprometida; através da hipnose, podia-se retirar ou até alterar os sintomas momentaneamente, demonstrando que o organismo estava em condição de funcionamento “normal”, porém afetado por condições psicológicas. O “Projeto para uma psicologia científica” (FREUD, 1895) foi uma tentativa de explicar o aparelho psíquico via funcionamento neuronal. O próprio conceito de ego retoma o corpo, colocada na frase de Freud (1923): “o ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal”.

Através das neuroses, foi evidenciado dois caminhos pelos quais processos psíquicos se relacionam e interferem nos mecanismos orgânicos: pelas *neuroses de defesa*, conflitos psíquicos podem gerar sintomas somáticos, tal qual a histeria; pelas *neuroses atuais,* o aumento da excitação somática sem uma contraparte psíquica pode fazer com que essa excitação fique represada subcorticalmente no corpo, gerando sintomas somáticos. O processo de conversão demonstra que conflitos psíquicos podem produzir sintomas corporais, funcionais, mas não estruturais. Por outro lado, nas neuroses atuais, há perturbação neurovegetativas, mas não há complexos psicológicos

envolvidos. A etiologia não seria infantil, mas contemporânea. Dessa forma, diferente das psiconeuroses de defesa, nas atuais não há a mediação encontrada nos sintomas das psiconeuroses de defesa – condensação, deslocamento, etc. Quando há essa mediação simbólica, os sintomas resultantes da excitação psíquica seriam eminentemente psíquicos; quando não, a excitação seria transformada diretamente em angústia, resultando em sintomas predominantemente somáticos ou não simbólicos (FERRAZ, 1997).

A Psicanálise se aprofunda nas neuroses de defesa, interessando-se mais pelas influências da atuação do psiquismo, situação em que as repercussões psicológicas na mente e no corpo são mais diretas e portanto mais passível de intervenção pelo método psicanalítico. Embora Freud nunca tenha perdido de vista a relevância do corpo individual em conexão com o adoecimento, fundamentalmente pelas neuroses atuais, este tema foi especialmente abordado por outros psicanalistas, como Ferenczi (1926), Dunbar (1935), Deutsch (1939) e, notadamente, por Alexander (1950), o qual procurou aplicar os conceitos psicanalíticos na compreensão do papel desempenhado pelas emoções na etiologia de inúmeras doenças, utilizando o conceito de especificidade entre certos estados emocionais e funções vegetativas, na qual determinados conflitos levariam a determinadas respostas somáticas, estabelecendo um método de investigação e fundando a Psicossomática como campo de conhecimento.

A proposta de Alexander representou um marco para a Psicossomática, estabelecendo seu início oficial e direcionando pesquisas na área por anos. Contudo, foi bastante criticada por aqueles que encontravam determinados conflitos em vários pacientes que não sofriam das condições somáticas específicas para tais conflitos, assim como se provou ser muito difícil descobrir quais os fatores psicológicos que contribuíam para desencadear as doenças daqueles que pareciam ser resultantes delas.

A busca por um padrão específico para uma doença em particular foi sendo deixado de lado por uma tentativa de entender os mecanismos psicológicos mais gerais utilizados pelos pacientes, resultando em duas abordagens para compreender o adoecimento. Uma vai abordar os sintomas a partir das *deficiências* na estrutura psíquica do paciente, ou seja, como resultado de uma falta ou déficit psíquico; outra vai partir dos *conflitos psíquicos* e suas fantasias inconscientes subjacentes, ou seja, como resultados de uma estratégia defensiva (BRONSTEIN, 2011).

2.2.1. A PERSPECTIVA DO DÉFICIT

Pacientes apresentados como “psicossomáticos” são tidos como sendo relutantes em encarar suas questões emocionais, são alienados de sua experiência psicológica, de seus sentimentos e conflitos, pensando apenas a partir de seu corpo para entender seu adoecimento, negando toda a sua responsabilidade pessoal na doença, apresentando seu corpo doente para que o médico o cure (WOLF, 1968). Possuiriam uma falta de capacidade em experienciar e expressar os conflitos através da fantasia e representações psíquicas, perspectiva inspirada pela ideia de neurose atual de Freud, na qual a energia libidinal retorna para o corpo, não ascendendo à esfera psíquica para ganhar representações mentais (BRONSTEIN, 2011).

Essa perspectiva foi mais profundamente utilizada pela a chamada Escola Psicossomática de Paris (Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain, Christian David). Baseiam-se na ideia de que desenvolvimento mental ocorre mediante movimentos psíquicos de organização evolutiva, assim, utilizando de elementos funcionais pré-existentes, tais movimentos são importantes para a adaptação do sujeito às circunstâncias. Funções constitutivas adquiridas de experiências anteriores são importantes para o adequado funcionamento do psiquismo. Nas situações em que essas funções não se encontram disponíveis, em virtude de traumas sucessivos ou afluxo contínuo de tensão, o psiquismo não consegue se organizar adequadamente diante de um distúrbio, dando início a um movimento contra evolutivo de desorganização que leva o psiquismo a encontrar dificuldades em elaborar adequadamente as excitações as quais é submetido (SMADJA, 1995). Essa *desorganização progressiva*, a qual pode resultar ao adoecimento, produz um comprometimento da organização atual da libido do indivíduo, levando a uma deficiência nos processos mentais (MARTY & M’UZAN 1994).

Eventualmente, movimentos contra evolutivos levam a pontos anteriores e mais primitivos de organização psíquica, incapacitando o psiquismo em executar simbolizações, fazendo com que as reações somáticas substituam, de modo provisório, o trabalho mental (PERES, 2012). Nesse caso, são reversíveis e adaptativas por criar condições para que o psiquismo possa se reestabelecer e voltar à sua organização libidinal; diferente do que ocorre na desorganização progressiva. O que irá determinar se o movimento contra evolutivo será desestruturante ou reorganizador vai ser a intensidade do impacto no psiquismo desencadeado por tal movimento e a duração da regressão empreendida no intuito de contornar tais impactos. Assim, uma pessoa será capaz de proteger das ocorrências das desorganizações progressivas se possuir um psiquismo mais desenvolvido no que

diz respeito à capacidade de produção de representações mentais variadas e enriquecidas por conteúdo afetivo.

O cancelamento da atividade libidinal em decorrência dessa desorganização progressiva pode levar a uma *depressão essencial*, caracterizada pelo rebaixamento do tônus libidinal, diferente daquelas desorganizações globais transitórias e ricas em potencial libidinal. Diante de tensões que fogem à capacidade do psiquismo em elaborá-las adequadamente, ele irá produzir apenas angústias automáticas, como descargas vegetativas de emergências, e não sinais de angústias, que remetem o indivíduo às situações anteriores de excitação devidamente controladas, indicando para o ego a necessidade de se valer de um movimento protetor (FREUD, 1893). Deparando-se somente com angústias automáticas, o ego não consegue lançar mão de mecanismos defensivos para atenuar as tensões, entrando assim num estado arcaico de desamparo, ausente de investimentos libidinais. Ocorre um apagamento de toda dinâmica mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, simbolizações), não ocorrendo a relação libidinal regressiva e ruidosa das outras formas de depressões neuróticas ou psicóticas (MARTY, 1993).

A insuficiência do funcionamento mental, seja pelo déficit psíquico ou pelo excesso pulsional, é colocada como elemento fundamental para a compreensão dos processos de somatização. Em termos psicodinâmicos, as representações mentais perdem os seus componentes afetivos e simbólicos, o que são importantes para a elaboração psíquica das excitações pulsionais. Nas palavras de Marty (1993):

> "As atividades fantasmáticas e oníricas permitem integrar as tensões pulsionais e protegem assim a saúde física individual; o pensamento operatório, que evidencia a carência funcional dessas atividades, vai naturalmente acompanhar perturbações somáticas" (p. 17).

As manifestações clínicas de pacientes somatizantes, conforme Marty e M'Uzan (1994), são as apresentações de pensamentos superficiais, desprovidos de valor libidinal, excessivamente orientados para a realidade externa e estreitamente vinculada à materialidade dos fatos. Apresentam comprometimento da capacidade de simbolização, denotando apagamento da expressividade mental e a existência de um déficit funcional do aparelho psíquico. A necessidade toma o lugar do desejo, fazendo com que comportamentos incialmente ligados às pulsões, como alimentação, sono, atividades sexuais e agressivas sejam reduzidas a um funcionamento automático (MARTY, 1993). O inconsciente desses pacientes não consegue se comunicar

adequadamente através de representações mentais e tende a encontrar no comportamento sua única possibilidade de expressão, utilizando-se assim da ação em detrimento da simbolização. A fala destes pacientes é utilizada mais no sentido de aliviar tensões do que para significar suas experiências.

Apresentariam uma forma de organização psíquica diferente da neurose e da psicose, marcada pela negatividade simbólica e pela ausência de processos mentais. Tais processos não estão impedidos pelo recalcamento ou desterritorializados por cisões, o que denota um modo de funcionamento mental singular, incapaz de fazer uso da fantasia, elaboração e integração de pensamentos e sentimentos, numa forma concreta de funcionar, caracterizada pelo *pensamento operatório* (MARTY& M'UZAN, 1994).

Nas somatizações, segundo tais ideias, estaria presente um déficit na capacidade de representação e elaboração psíquica pela simbolização. Em virtude desse déficit, as excitações encontram dificuldades de se ligarem a representações mentais e com isso a estimulação gerada permanece sem ter seu escoamento pela via psíquica, ou seja, a estimulação somática não cessa, com consequente acúmulo de tensão, o que poderia levar a uma maior vulnerabilidade somática. Portanto, um maior grau de atividade mental, no que se refere a elaboração psíquica dos estímulos, corresponde a uma menor vulnerabilidade somática. A capacidade de elaboração simbólica, que indicaria a qualidade e a quantidade das representações psíquicas, Marty (1993) denominou de *mentalização*. Quanto melhor a mentalização, maior a capacidade do psiquismo em sustentar os choques dos traumatismos no registro psíquico, mais elaborada é a vida psíquica e menos susceptível ao adoecimento.

Uma forma semelhante de pensar a Psicossomática pelo déficit foi a utilizada pela ideia de *alexitimia*, termo sugerido por Nemiah e Sifneos para se referir àqueles pacientes com uma vida emocional pobre em sonhos e fantasias e que demonstravam não ter palavras para nomear ou expressar as emoções (SIFNEOS, 1991). Seu significado, de forma literal, é "sem palavras para as emoções".

Pacientes alexitímicos possuem grande dificuldade para usar uma linguagem apropriada para expressar e descrever sentimentos e diferenciá-los de sensações corporais, de forma que seu estado emocional permaneceria não modulado e contribuindo para o surgimento de sintomas físicos (NEMIAH & SIFNEOS, 1970). Possuem uma capacidade de fantasiar e imaginar extremamente pobre e um estilo cognitivo utilitário, baseado no concreto e orientado externamente, com tendência a ações impulsivas (SIFNEOS, APFEL-SAVITZ & FRANKEL,

1977). Suas palavras utilizadas para expressar suas emoções são desprovidas de significados psicológicos, não transmitindo as condições psicológicas internas, resultado de perturbações na capacidade de simbolização (WEINRYB, 1995).

Taylor (1992) relaciona a deficiência na capacidade de processar cognitivamente as emoções como problema fundamental para a vulnerabilidade ao adoecimento em pacientes alexitímicos. Essa deficiência levaria a pessoa a focar e amplificar o componente somático da situação emocional, contribuindo para o surgimento da hipocondria e queixas somáticas, assim como a exacerbação de respostas fisiológicas diante de situações de estresse, conduzindo ao desenvolvimento de algum distúrbio somático.

As características clínicas da alexitimia já haviam sido relatadas por autores que buscavam compreender os mecanismos subjacentes à formação dos sintomas somáticos, entre os quais Freud através das neuroses atuais, e Marty, com o pensamento operatório. O conceito de alexitimia remonta a questão da dificuldade de simbolização e tem sido historicamente relacionado com as somatizações (PRAZERES, 2000), apesar de não haver uma ligação etiológica direta entre alexitimia e distúrbios somáticos, fato para qual Sifneos (1973) já alertava que a alexitimia não era específica nem universal dos transtornos psicossomáticos.

Na busca de relações entre personalidade e adoecimento, foi realizado na década de 1950 um vasto estudo (ROSENMAN, 1975), constatando que 70% das pessoas que apresentavam doenças coronarianas tinha um tipo de personalidade denominada tipo A. Pacientes portadores de personalidade tipo A estão submetidos a atitudes de contínua e vigorosa luta em direção aos seus objetivos, não obstante aos obstáculos e condições emocionais. São hipervigilantes ao tempo, procuram realizar tudo rapidamente, com eficiência e características perfeccionistas, com significativa impaciência, agressividade, grande competitividade. Apresentam dificuldade em lidar com emoções, principalmente a raiva.

Atualmente, Muriel et al.(2006) propuseram um estudo que analisa a relação da ansiedade com a Personalidade tipo A, e coloca que pessoas com esse tipo de personalidade possuem maior vulnerabilidade ao estresse e à gênese da hipertensão arterial. A Personalidade tipo A seria um fator de risco para doenças coronarianas, mas também para outras “afecções psicossomáticas” (FONSECA et al., 2009). Este conceito vem sendo utilizado em pesquisas em Psicossomática (PORCELLI, SONINO et al, 2007), sendo associado a diferentes condições médicas, como um dos fatores psicológicos que afetam desordens gastrointestinais, alimentares, condições oncológicas, cardíacas e doenças de pele.

2.2.2. A PERSPECTIVA DO CONFLITO

A perspectiva do conflito baseia-se nas ideias de Klein, na forma particular de entender o conflito psíquico a partir das forças antagônicas compostas pela dualidade da pulsão de vida e de morte, expressadas pelos sentimentos de amor e ódio respectivamente; e na concepção de um ego inicial capaz de perceber ansiedade e de se relacionar a um objeto desde o início da vida.

Uma diferença fundamental entre a perspectiva do déficit, sustentada pela Escola de Paris, e a perspectiva do conflito, que se desenvolveu em uma Escola Kleiniana, está no papel das pulsões. A Escola de Paris baseia-se numa perspectiva evolutiva, na qual durante o desenvolvimento instintual vão ocorrendo pontos de fixação para os quais o sujeito regride quando surge um movimento de desorganização. O déficit ocorreria em função de forças contra evolutivas que desorganizariam a vida instintual, fazendo-a regredir a esses pontos de fixação. Marty considera a existência da pulsão de vida e de morte, mas vê a pulsão de vida como independente, levando ao desenvolvimento instintual, enquanto a pulsão de morte só ocorre quando a de vida falha, o que levaria à desorganização e ao déficit (FAIN, 1967). A pulsão está mais ligada à noção biológica de instinto do que ao domínio psíquico (BRONSTEIN, 2011).

Na Escola Kleiniana, a pulsão de morte é tão ativa quanto o de vida e em permanente conflito uma com outra, movimentando a dinâmica psíquica num jogo de sentimentos de amor e ódio. A pulsão é um conceito-limite entre o psíquico e o somático, é o representante psíquico dos estímulos oriundos do corpo, que imprimem uma exigência de trabalho (FREUD, 1915). A pulsão surge, conforme a teoria kleiniana, junto com a noção de objeto interno, aquilo pelo qual a pulsão pode atingir seu objetivo, desde o início da vida. Da relação íntima entre as pulsões e os objetos internos nascem as fantasias inconscientes, carregadas de afetos e representações. O conceito de fantasia para Klein é mais amplo do que para Freud, sendo as fantasias inconscientes o conteúdo essencial do inconsciente, incluindo desde as experiências sensoriais e pensamentos infantis mais primitivos até as fantasias mais sofisticadas posteriores. Sendo assim, fica improvável que haja um estado de ansiedade que não esteja ligado a algum tipo de representação mental, o que leva a pensar em níveis diferentes de funcionamento simbólico e não em presença/ausência da capacidade de simbolização (BRONSTEIN, 2011), como é tomada pela perspectiva do déficit.

As pulsões ganham substância através das fantasias inconscientes, seus representantes psíquicos. O conflito pulsional se manifesta psiquicamente no nível da fantasia, sendo esta uma criação imaginária a serviço de uma realização do desejo de satisfação da pulsão. Enquanto a pulsão de morte traz a agressividade e a sensação de aniquilamento, o ego vai se opor a ela em defesa de sua integração, colocando-se a serviço da pulsão de vida. Da interação entre as pulsões que a integração do ego se dá, da sua capacidade de lidar com o constante conflito pulsional. Estando o afeto, assim como a pulsão, entre o psíquico e o somático, o corpo não é apenas a fonte da fantasia inconsciente, mas também toma parte importante no seu conteúdo e é o palco onde ela pode ser projetada e representada (BRONSTEIN, 2011).

Valendo-se de estudos a respeito de manifestações psicossomáticas na primeira infância, McDougall (1996) compreendeu que pacientes somatizantes se comportam psiquicamente como bebês, na medida em que não conseguem expressar através da palavra emoções potencialmente desorganizadoras, e se utilizam apenas do corpo para expressá-las. O bebê, na medida em que apresenta um psiquismo pouco desenvolvido, é inábil em utilizar a palavra e representar a si e ao mundo. É necessariamente alexitímico. Através da figura materna que tem como principal função proteger o bebê das tensões provenientes do exterior, ela deve interpretar a comunicação primitiva do bebê e nomear seus estados afetivos, promovendo assim uma “dessomatização” do aparelho psíquico. O adequado desempenho dessa função subsidia o acesso da criança à palavra e facilita o desenvolvimento da capacidade de simbolização.

Pacientes somatizantes seriam incapazes de lidar com afetos potencialmente desestruturantes por recorrerem às estratégias defensivas arcaicas como as utilizadas por crianças para sobreviver psiquicamente diante de sofrimentos de outro modo inelaborábel, na qual envolvem a exclusão sumária de representações carregadas de sentimentos intoleráveis (MCDOUGALL, 1984). Não se trata de uma repressão, que é consciente e motivada por questões morais, nem de recalque, que repele para o inconsciente representações ligadas a uma pulsão que sua satisfação poderia trazer desprazer. A exclusão do psiquismo de representações, fantasias e pensamentos relacionados a afetos que poderiam causar sofrimento não é feita conscientemente nem transforma o conteúdo excluído em material inconsciente. Assemelha-se a operação psíquica de repúdio para fora do ego, na qual o ego rejeita a representação incompatível junto com o seu afeto e se comporta como se a representação jamais tivesse existido. Contudo, essa exclusão do material psíquico não gera subprodutos psicóticos, como é de se esperar do repúdio para fora do ego. Segundo McDougall (1991), os afetos pulverizados perdem-se sem qualquer compensação psíquica, sendo reduzidos apenas à sua pura expressão somática. O processo de somatização, como

coloca McDougall (1984), diz respeito a uma *desafetação*. Esse conceito corresponde a uma defesa capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis, ou seja, relacionados a experiências traumáticas primitivas.

Os afetos, desligados de representações, podem tomar o rumo da conversão, do deslocamento ou da transformação, como ocorre respectivamente na histeria, na neurose obsessiva e na neurose de angústia. O recurso da desafetação exigiria novas formas de dispersão da tensão referente ao conteúdo que foi ejetado, já que não pode utilizar os mecanismos mentais de elaboração e simbolização. Essa tensão pode transbordar para o corpo, criando condições para as somatizações, assim como se transformar em atos como forma de escoamento da tensão. Esses atos são movimentos de exteriorização desprovidos de valor simbólicos, a qual McDougall (1984) chamou de "agir compulsivo", característico de pacientes com somatizações.

Assim, conforme essa perspectiva, a reação psicossomática é desencadeada pelo fracasso da dispersão da tensão gerada pelo afeto, tomando uma função defensiva que consiste em ejetar do psiquismo as angústias insuportáveis. O psiquismo não consegue se dispor da palavra para conter as angústias nem suas excitações somáticas. Sem poder utilizar dos meios psíquicos na tentativa de aliviar ou suspender a tensão, esta então cronifica-se, podendo se tornar um elemento desencadeante de manifestações somáticas. Nas palavras de McDougall (1996):

> *"Quando as palavras deixam de preencher essa função (conter a energia vinculada às pulsões), o psiquismo vê-se obrigado a emitir sinais de sofrimento do tipo pré-simbólico (...). Há então um considerável risco de suscitar respostas somáticas e não psíquicas diante de uma angústia indizível" (p 114).*

McDougall (1991) afirma que se inspirou no conceito de pensamento operatório para criar o de desafetação, assim como no de alexitimia. As semelhanças dos conceitos são marcantes, assim como o funcionamento dos pacientes em questão; contudo, há diferenças fundamentais. A desafetação tem um caráter defensivo, enquanto o pensamento operatório é atribuído à uma carência funcional do psiquismo. Na alexitimia, determinantes neurofisiológicos, notadamente os relacionados às vias dopaminérgicas, desempenham um importante papel na gênese da alexitimia (SIFNEOS, 1973); a desafetação é entendida como um subproduto das desarmonias da relação mãe-bebê (PERES, 2012).

O afeto, conforme coloca McDougall (1996), é um acontecimento que não é relegado apenas ao seu caráter físico ou psicológico, ele é essencialmente psicossomático. Não se deve associar diretamente a desafetação com a somatização, pois qualquer indivíduo pode apresentar

sintomas corporais diante de situações emocionais intolerantes ou que fogem de seu controle (MCDOUGALL, 1984). Nessa medida, os fenômenos psicossomáticos não poderiam ser relegados apenas às doenças, ao caráter psicológico das somatizações. McDougall considera o fenômeno psicossomático como tudo aquilo que estivesse associado à saúde ou à integridade física quando fatores psicológicos desempenham qualquer papel, incluindo predisposições aos acidentes e as falhas do sistema imunológico de uma pessoa (CAPITÃO, 2006). McDougall (1996) afirma: "A somatização como resposta, tanto aos conflitos internos como às catástrofes externas, encontra-se entre as expressões mais banais que o homem é capaz de fornecer".

2.2.3. A QUESTÃO DA SIMBOLIZAÇÃO

Na tentativa de se compreender os mecanismos psicológicos mais gerais apresentados pelos pacientes com somatizações, a Psicanálise aborda os fenômenos psicossomáticos entendendo que a representação psíquica da pulsão fica comprometida, incidindo sobre o concomitante orgânico. Essa lacuna na vida psíquica revela que determinada experiência emocional não pode passar pelo processo de elaboração psíquica, ser simbolizada e estabelecer uma representação mental.

Essas correntes dentro da Psicossomática falam de mecanismos semelhantes ao que Freud (1896) denominava de neurose atual: o aumento da excitação somática sem o trabalho psíquico necessário pode gerar sintomas somáticos. Elas parecem beber desse conceito freudiano para pensar as somatizações, conceito esse caracterizado pela ausência do processo de simbolização.

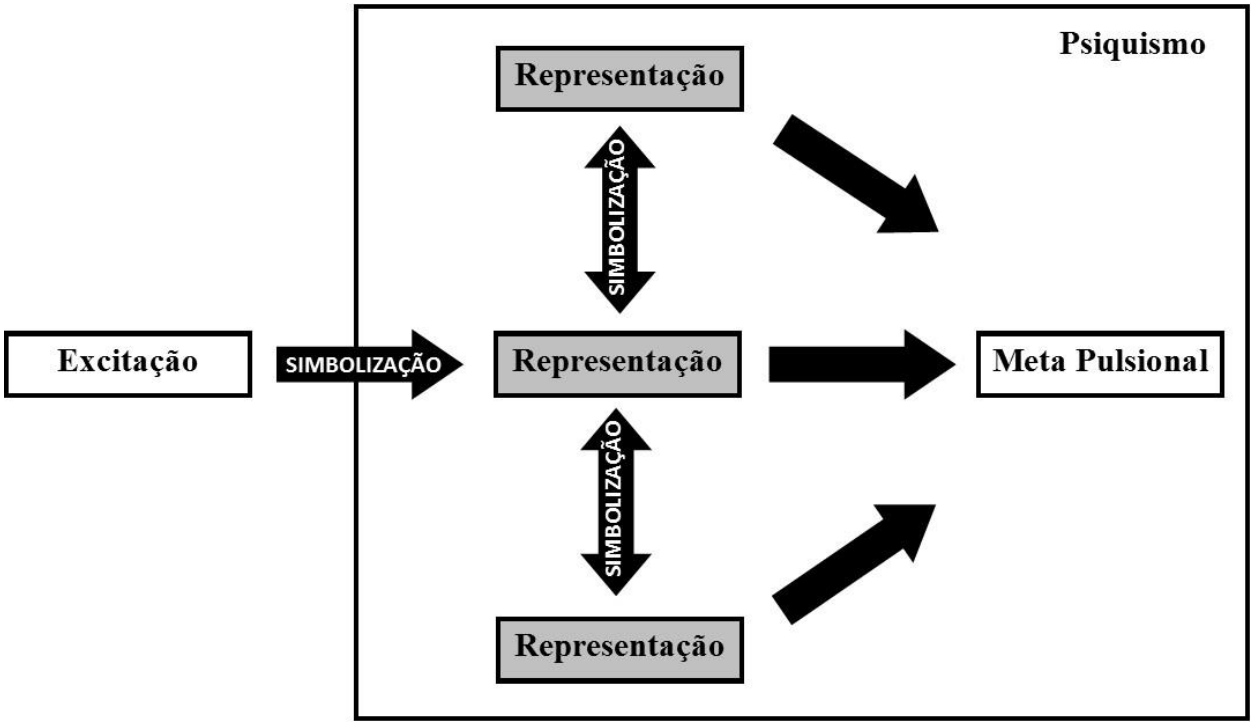
A perspectiva do déficit desenvolvida pela Escola de Paris entende que a desorganização progressiva do ego leva a uma depressão essencial, destruindo a organização libidinal e apagando toda a atividade mental (deslocamentos, condensações, introjeções, projeções, identificações, simbolizações). Sem o recurso do psiquismo para lidar com uma situação emocional, esta ficaria restrita ao corpo sem o artifício da vazão pela atuação do ego, o que aumentaria a vulnerabilidade somática. O "recurso do psiquismo" em questão, denominada de mentalização, diz respeito à capacidade de elaboração simbólica desses traumatismos no registro psíquico. Assim, quanto

melhor o nível de mentalização, mais capacidade de elaboração simbólica dos distúrbios na organização libidinal.

Pela perspectiva do conflito, a dinâmica psíquica envolvida nos fenômenos de somatização configura um esvaziamento da significação do afeto como mecanismo de defesa para lidar com a angústia de determinado conflito (desafetação), através da interferência na formação simbólica. Simbolização é um processo pelo qual um elemento em particular captura e expressa significados temáticos e afetivos, servindo para promover o processo interno de formação e organização de significados, experiências e afetos. Sendo a simbolização o processo pelo qual o objeto é criado e desenvolve uma relação com o ego, é através do seu comprometimento que o ego irá agir na tentativa de lidar com a ansiedade desencadeada pela relação com determinado objeto. O sintoma somático diz de um conflito que não pode ser simbolizado.

Apesar de diferentes perspectivas, há uma correspondência nessas propostas: o processo de simbolização foi afetado, assim a passagem do evento emocional para a vida psíquica ficou comprometida (VALENTE, 2012). Seja ele em função de bloqueios psicológicos, estruturas ou defesas psíquicas, as somatizações são desprovidas de valor simbólico. O trabalho psíquico necessário para a elaboração das situações emocionais, ou seja, para que se crie e desenvolva seu concomitante psíquico, não ocorre, e na medida em que esse estado se cronifica, aumenta a vulnerabilidade para as enfermidades.

A simbolização é a operação de construção de representações mentais, na qual permite que uma excitação gerada no organismo ascenda ao psiquismo e seja associada a algum afeto, criando e associando-se a diferentes representações, com o objetivo de que essa excitação atinja a sua meta pulsional e possa ser satisfeita. Assim, um estímulo sensorial, um objeto, um evento, alguma coisa deixa de ser unicamente ela mesma para ganhar novos sentidos e representar outras coisas além delas mesmas. Participa não só na construção de representações mentais, mas também da conexão entre elas, proporcionando a mediação entre a excitação e a realização da meta pulsional, assim como organiza o espaço mental. Dessa forma, a simbolização permite a dinâmica psíquica (MIJOLLA, 2005). Num modelo esquemático:



Porém, diante da impossibilidade do uso da simbolização para que as representações fizessem a mediação entre a excitação e a meta pulsional, a excitação assim como os afetos associados ficariam aprisionados no corpo, sem ter uma saída pela via psíquica. Esse represamento das excitações e afetos no corpo poderia desencadear alterações no funcionamento dos órgãos, desenvolvendo sintomas orgânicos (ALEXANDER, 1950).

As manifestações da simbolização podem ser vistas pela capacidade de conferir sentidos às coisas, às sensações, às situações, ao mundo, e manejar esses sentidos de acordo com as situações e necessidades, assim como pensar além do momento presente e relacionar com outras experiências de vida. Há o uso da metáfora, abstração, fantasias, introspecção e expressões afetivas. Uma pessoa que tenha comprometimento na capacidade de simbolização irá apresentar uma forma de funcionamento psíquico concreto, descritivo, voltado para o mundo externo e para a situação presente, com poucas ou sem referências afetivas, com relações afetivas dependentes ou solitárias, dificuldade na elaboração psíquica da angústia. O comprometimento na capacidade de simbolização pode ser transitório, relacionado a algum conteúdo interno, ou como padrão de funcionamento psicológico.

2.2.4. MECANISMOS DE FORMAÇÃO DE SINTOMAS

O adoecimento enuncia dificuldades do organismo em se ajustar a mudanças do ambiente interno e/ou externo, de forma que aspectos psicológicos, fisiológicos e sociais estão envolvimentos no processo de adoecimento, seja no início, desenvolvimento e desfecho, assim como nas vulnerabilidades e busca por auxílio, configurando, portanto, um fenômeno multicausal (ENGEL, 1977; RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Dessa forma, o modelo biopsicossocial permite ver o adoecimento como o resultado da interação de mecanismos a nível celular, tecidual, orgânico, interpessoal e ambiental, de modo que o estudo de toda e qualquer doença deva incluir o indivíduo, seu corpo e seu ambiente como componentes essenciais de um sistema total.

Compreendendo o adoecimento como um fenômeno multicausal, a Psicossomática procura evitar a noção etiológica causal, como no modelo biomédico na qual exclui a interação de aspectos psicológicos e sociais para a compreensão do quadro clínico do paciente, assim como se faz importante compreender que a designação “psicossomática” não é tão somente a qualificação patológica de aspectos psicológicos, numa tentativa vã de psicologizar a patologia, o que cairia também num reducionismo. Levar em consideração tais influências etiológicas causais, no sentido de que “fatores psicológicos” seriam os únicos responsáveis por um grupo de enfermidades ou de sintomas corporais, não nos autoriza ao “raciocínio psicossomático” (EKSTERMAN, 1994). Contudo, compreendendo que há aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento e que configuram uma natureza de fenômeno que exige uma abordagem de pesquisa e compreensão própria, diferente daquelas utilizadas nos fenômenos biológicos e sociais, pode-se abordar os aspectos psicológicos do adoecimento sem perder de vista que não se trata de uma relação causal, mas como um componente numa relação multicausal.

Na tentativa de compreender os aspectos psicológicos envolvidos, numa perspectiva psicodinâmica, podemos observar diferentes propostas a respeito das somatizações (ALEXANDER, 1950; MARTY, 1993; MCDOUGALL, 1996) as quais emerge um elemento central: o comprometimento na capacidade de simbolização (VALENTE, 2012). A emoção, sem seu concomitante psíquico, gera um estado de tensão que terá vazão apenas pelo corpo e, na

dependência da intensidade e repetição, pode alterar o funcionamento dos órgãos assim como lesões orgânicas e decorrentes complicações (EKSTERMAN, 1986).

Os primeiros estudos de pacientes com distúrbios orgânicos relacionados a distúrbios emocionais foram aqueles que apresentavam transtorno histérico, no qual Freud (1895) evidenciou que conflitos psicológicos eram convertidos em sintomas somáticos – motores e sensoperceptivos. O conteúdo psicológico que produz a resposta orgânica é inconsciente ao sujeito e expressa simbolicamente representações mentais intoleráveis, remontando a um conflito psíquico. Alguns autores procuraram utilizar o mecanismo da conversão histérica para compreender diferentes distúrbios corporais, tanto viscerais, endócrinos e imunológicos. Contudo, há distinções importantes entre a conversão histérica e outros processos de formação de sintomas, a saber, a somatização, que dizem respeito a diferenças psicodinâmicas e fisiológicas (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010).

Os sintomas orgânicos de somatizações são desprovidos de elaboração psicológica, seja em função de composições estruturais ou organizações defensivas do aparelho psíquico, não sendo submetidos ao processo de simbolização, em contraste com as conversões. Nestas, o conteúdo psicológico, que produz a resposta orgânica, é inconsciente e expressa simbolicamente, mediante o corpo, conflitos e representações reprimidas (FREUD, 1896); segundo Laplanche & Pontalis (1996) a conversão consiste em uma transposição de um conflito psíquico e uma tentativa de resolução do mesmo em sintomas somáticos. Rodrigues, Campos e Pardini (2010) ressalta que a conversão, segundo Freud, ocorre fundamentalmente no sistema músculo-esquelético e senso-perceptivo.

Nas somatizações não está presente a tentativa de expressar emoções e as representações associadas reprimidas, ela é a própria expressão das emoções, suas respostas fisiológicas que na dependência da intensidade e repetição podem provocar os mais variados sintomas, fundamentalmente vegetativos (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Considerar a tensão da linguagem primitiva, deste processo primário de pensar que é associado diretamente às emoções e ao prazer, como a causa ou a etiologia dessas enfermidades é um equívoco crucial, além disto, não nos parece possível aplicar o conceito da conversão histérica indiscriminadamente a diversos distúrbios corporais (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Este tipo de raciocínio tem propiciado equívoco clínico e teórico, e até mesmo intervenções iatrogênicas (EKSTERMAN, 1994). O mecanismo de formação de sintomas das somatizações se aproximam mais das neuroses atuais do que das de defesa, de forma que demandam necessariamente

abordagens diferentes. Remontar o conflito inconsciente através do uso da associação livre e interpretações, tal qual nos casos de neurose de defesa, para os casos de somatização, seria interpretar o vazio, pois o conteúdo mental em questão está ausente no psiquismo. Nas situações em que o paciente com somatização encontra-se fragilizado, a tentativa de desconstrução de defesas psíquicas, prática utilizada em abordagens para neuroses de defesa, pode vir a comprometer o estado clínico do paciente com somatização, visto que pode colocá-lo num estado emocional sem que ele tenha condições psicológicas, intensificando a tensão no corpo e elevando o nível de ansiedade, podendo repercutir em seus sintomas.

Em nosso entendimento, a dimensão psicológica do fenômeno psicossomático se integra a alterações fisiológicas (PONTES, 1975; RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). O que ao nível dos sentimentos se expressa através da raiva, medo, tristeza, alegria, fome, concomitantemente ao nível orgânico se expressa por modificações no sistema músculo-esquelético, neurovegetativo e imunoendrócrino através de modificações motoras, secretoras e de irrigação. Na medida em que os fatores psicológicos entram em ação pela relação do indivíduo consigo, com o outro e com o meio, as alterações fisiológicas concomitantes impulsionam reações adaptativas no corpo, que em função de suas intensidades e frequências no funcionamento do organismo e na medida em que não há um trabalho de elaboração simbólica do estado emocional para ter uma vazão psicológica, podem tornar-se disfuncionais e patológicas, manifestando somatizações. A abordagem psicossomática do adoecimento se interessa pelas formas nas quais fatores psicológicos, somáticos e sociais interagem no todo da sequência de eventos que constituem uma experiência particular de doença, entendendo a doença a partir de uma definição ampla, multicausal e como resposta ao próprio processo de viver (ENGEL, 1967).

2.3. AS SOMATIZAÇÕES

As patologias decorrentes da influência da mente no corpo são tratadas no campo da Saúde principalmente a partir das somatizações, da perspectiva categorial da saúde mental através do CID-10, sob a forma dos transtornos somatoformes (F45) ou dos fatores psicológicos e de comportamento associados a transtornos ou doenças classificadas em outros locais (F54). O termo

“somatização” foi criado para nomear a forma pela qual conflitos e angústias psicológicas manifestavam-se através de sintomas corporais, sem possuir uma origem orgânica detectável e sendo decorrente de fatores emocionais. Foi introduzido por Steckel em 1921 (HINSIE, 1960), com forte influência das teorias psicodinâmicas.

Lipowski, numa definição mais recente (1986), coloca a somatização como uma “uma tendência para experimentar e comunicar desconforto somático e sintomas que não podem ser explicados pelos achados patológicos, atribuí-los a doenças físicas e procurar ajuda médica para eles”. Acredita-se que essa tendência, continua o autor, se torna manifesta em resposta a estresse psicossocial que surge por situações e eventos de vida que são pessoalmente estressantes ao indivíduo. Assim, fatores psicológicos e psicossociais desempenhariam um papel importante na etiologia da somatização, onde sofrimento emocional ou situações de vida estressantes são experimentados como sintomas físicos. Contudo, a relação entre o distress e os sintomas é usualmente desconhecida e até negada pelos pacientes com somatização. Estes respondem principalmente de modo somático em vez de um modo psicológico, tendem a considerar seus sintomas como um indicativo de doença física e buscam ajuda médica.

Vale ressaltar novamente a distinção entre conversão e somatização, pois por se tratarem de mecanismos de formação de sintomas somáticos, costumeiramente são confundidos ou tomados como se fossem semelhantes, porém apresentam psicodinâmica e fisiologia diferentes. Na conversão, há uma tentativa de transposição de conflitos psicológicos em sintomas corporais, ocorrendo fundamentalmente no sistema músculo-esquelético e senso-perceptivo (FREUD, 1896). Nas somatizações não está presente a tentativa de expressar emoções e as representações associadas reprimidas, ela é a própria expressão das emoções, suas respostas fisiológicas que na dependência da intensidade e repetição podem provocar os mais variados sintomas, fundamentalmente vegetativos (RODRIGUES, 2010).

Verifica-se também que, segundo alguns autores (ALEXANDER, 1950; PONTES 1980), além de sintomas funcionais decorrentes deste processo de somatização, podem ocorrer em determinadas patologias lesões anatômicas. Um estado emocional que se torna persistente pelo comprometimento de sua elaboração psicológica conduziria a uma intensificação das reações fisiológicas, o que provocaria uma atividade prolongada ou excessiva de órgãos estimulados pelo Sistema Nervoso Vegetativo. Este processo, em geral crônico, de superestimulação levaria a lesões específicas em órgãos periféricos envolvidos, e, conseqüentemente a somatizações relacionadas ao estresse – no sentido de conjunto de reações do organismo para a manutenção da homeostase.

Na somatização tem muito da relação que a pessoa estabelece com suas condições de vida, na forma como ela se relaciona com os acontecimentos, tanto do meio externo e do interno, e através dos sentidos e significados psicológicos que são estabelecidos, a pessoa entra em estados de desconforto emocional. Para além dos sintomas físicos, está presente a dimensão da pessoa, no que se refere à sua história de vida, traços psicológicos, relações afetivas e construção de sentidos. Essa influência psicológica vai fazer com que a pessoa possa entrar num estado de maior vulnerabilidade somática em função das condições fisiológicas decorrente do seu estado emocional. O que está em questão não é uma alteração anatômica ou bioquímica determinada de uma doença com etiologia orgânica bem estabelecida, mas a expressão disfuncional de um estado de importante desconforto emocional, onde são consideradas as alterações fisiológicas e afetivas concomitantes.

Pacientes com queixas físicas mas que não apresentam condições orgânicas que expliquem seus sintomas são bastante comuns nos serviços de Saúde. Seus sintomas são eminentemente físicos, como dores, desconfortos, palpitações, e por isso acreditam que possuem alguma doença física, mas, no entanto, não preenchem critérios ou as hipóteses diagnósticas acabam por não confirmarem uma doença física. Assim, a falta de um diagnóstico que confirme essa crença leva eles a intensificarem a busca por auxílio médico, tomando que seus sintomas dizem de um distúrbio físico não descoberto ou intratável (GUGGENHEIM & SMITH, 1999).

Seus sintomas trazem grande desconforto para seus portadores, causando de disfunções até incapacitações. Pacientes mais severos apresentam prejuízos de funções físicas e de saúde mental comparáveis e até piores que muitos pacientes com doenças crônicas debilitantes e frequentemente encontram-se incapacitados de desempenhar suas atividades pessoais e profissionais, assim como gastam mais dias acamados por mês do que várias doenças médicas graves e apresentam alto índice de desemprego (BARSKY, ORAV & BATES, 2005).

Segundo pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) (GUREJE, 1997), foi estimada a prevalência global do transtorno de somatização em 19,7%, variando de 7,6 a 36,8%. Associadas a esses transtornos, há outros, como depressão que aparece em 60% dos casos, transtornos de personalidades em 60% e transtornos ansiosos em até 50% dos casos, expressando que pacientes com somatização são mais propensos a ter transtornos psiquiátricos que os outros. Pacientes com sintomas não explicados medicamente chegam a utilizar duas vezes mais os serviços de saúde e geram um gasto estimado de $256 bilhões por ano (STEINBRECHER et al, 2011). Estima-se que pacientes com transtorno de somatização geram custos médicos que variam de seis a quatorze vezes maiores que o paciente médio (FIGUEIRA *et al.*,1999).

O impacto na somatização é enorme, visto as incapacitações causadas nos seus portadores, a alta prevalência e o enorme custo para os serviços de Saúde. Contudo, a somatização ser negligenciada pelos profissionais de Saúde, permanecendo com dificuldades de compreensão e tratamentos pouco eficientes.

Bass, Peveler e House (2001) relatam quatro razões pelas quais os psiquiatras negligenciam os transtornos somatoformes, considerados por eles como uma desordem psiquiátrica e a mais comum. A primeira diz respeito a própria prática clínica psiquiátrica, que compartimentaliza a classificação dos transtornos somatoformes no DSM-V em grupos relativamente homogêneos de baixa prevalência, associando com hipocondria e transtornos de conversão; e as apresentações somáticas mais comuns, associadas com fadiga crônica, dores musculoesqueléticas e sintomas gastrointestinais, são relegadas a categoria pouco validada de "transtornos somatoformes indiferenciados". Como consequência, são marginalizadas nas considerações clínicas e em pesquisas, além de terem sua prevalência subestimada.

A segunda, diz da preocupação dos psiquiatras que estão depositadas em "doenças mentais mais sérias, como esquizofrenia e transtorno bipolar, de modo que transtornos não-psicóticos tem pouca prioridade pelos clínicos. A terceira é que psiquiatras geralmente não trabalham em hospitais gerais e, portanto, apresentam limitada experiência com sintomas não explicados medicamente; os que trabalham encontram tais pacientes em um terço ou metade de todos os pedidos de interconsulta psiquiátria. A quarta razão refere a falta de procura desses pacientes para consultas psiquiátricas, pois por terem queixas físicas procuram uma causa física, de modo que questões psicológicas possuem baixa prioridade e importância para eles.

Numa tentativa de trazer os transtornos somatoformes para o centro da prática clínica em psiquiatria, Bass, Peveler e House (2001) sugerem três mudanças. A primeira diz respeito ao treinamento. Por serem os transtornos psiquiátricos mais comum presentes em contextos não-psiquiátricos, é importante que seja feito o treinamento sobre eles desde a graduação, tanto para psiquiatras como para outras especialidades, tanto médicas como não-médicas. A segunda se refere às pesquisas. Há pesquisas de qualidade já sendo realizadas na área, sobretudo demonstrando a eficácia de tratamentos psicológicos (GUTHRIE et al, 1991; KROENKE & SWINDLE, 2000). Porém, vale ressaltar que ainda não se vê o amplo uso de psicoterapia no tratamento desses transtornos, seja em função da aceitação dos pacientes como pelas dificuldades de lidar com tais casos pelos profissionais. Seria importante também incluir questões econômicas de custo e benefício além de eficácia, pois uma vez que se demonstre as implicações financeiras de transtornos intratáveis ou crônicos, pode-se ter mais investimentos para serviços de tratamento. A

terceira mudança seria nos serviços e políticas de saúde, que incluísse serviços de psiquiatria assim como se incentivasse o trabalho colaborativo entre psiquiatras e outros médicos. Porém, torna-se evidente a necessidade de serviços e políticas de saúde que incluam e desenvolvam não só a relação com os psiquiatras, mas que abordem as somatizações e mais especificamente os transtornos somatoformes de forma multiprofissional e interdisciplinar.

A dificuldade de compreensão das somatizações é mais profunda quando tomamos as bases nas quais o modelo de doença se assenta: o biomédico. Ele tem como disciplina científica base a biologia molecular, que entende que toda doença pode ser completamente compreendida como um desvio dos padrões de variáveis biológicas mensuráveis, sendo cada desvio geralmente associado a um critério diagnóstico específico, de modo que a designação "doença" não pode ser aplicada na ausência de perturbações ao nível bioquímico (ENGEL, 1977). Contudo, nas somatizações, tais desvios não estão presentes, e mesmo quando presentes, não justificam a gravidade dos sintomas nem o sofrimento do paciente (CID-10). Isso porque nas somatizações, além dos fatores biológicos, entram em cena os fatores psicológicos e sociais na etiologia, expressão e desfecho da doença, influenciando o início da manifestação dos sintomas reportados, assim como as variações do curso do adoecimento (ENGEL, 1977; LIPOWSKI, 1986).

A influência de aspectos psicológicos na fisiologia já é reconhecida, vide o mecanismo de luta ou fuga (CANNON, 1915), os conceitos de homeostase (CANNON, 1932) e o de estresse (SELYE, 1936), a ponto de se colocar em cheque conclusões de estudos sobre o papel de estímulos físicos ou fisiológicos na regulação endócrina sem que houvessem esforços rigorosos para minimizar ou avaliar o possível papel de reações psicológicas associadas (MASON, 1968). No caso das somatizações, em que há um componente patológico em questão, os aspectos psicológicos precisam ser levados em conta e incluídos na compreensão, pesquisa e no tratamento.

Porém, apesar desse reconhecimento, os aspectos psicológicos aparecem apenas citados, intuídos e por vezes ausentes. Vejamos no CID-10 que uma das formas em que as somatizações aparecem é na categoria de transtornos somatoformes (TS), sob a classificação de F45: "a característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar que os médicos nada encontram de anormal e afirmam que os sintomas não têm nenhuma base orgânica. Se quaisquer transtornos físicos estão presentes, eles não explicam nem a natureza e a extensão dos sintomas, nem o sofrimento e as preocupações do sujeito" (WHO, 1993). O ponto em questão é o "nada de anormal" e a falta de base orgânica que expliquem o sintomas, o sofrimento e as preocupações.

Este exemplo demonstra a dificuldade da inclusão de aspectos psicológicos, tão importantes na somatização, num modelo de compreensão da doença que tem por base o reducionismo biológico. Por mais que se encontrem marcadores somáticos, e espera-se que com o desenvolvimento possa cada vez mais encontrá-los, a exclusão dos aspectos psicológicos faz com que a compreensão do fenômeno da somatização fique incompleto, e um reflexo disso está na significativa prevalência e em tratamentos pouco efetivos, gerando enormes gastos para os serviços de saúde.

No presente trabalho, as somatizações serão tomadas a partir da Síndrome do Intestino Irritável, em função do importante impacto de aspectos psicológicos na manifestação dos sintomas e de sua prevalência, conforme descrito abaixo

2.3.1. SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

Existe um grupo de distúrbios do aparelho digestivo denominado de distúrbios gastrointestinais funcionais (DGFs) que são caracterizados por sintomas gastrointestinais recorrentes ou crônicos que não são explicados por anormalidades estruturais ou bioquímicas, com episódios sintomáticos em geral imprevisíveis e efeitos por vezes incapacitantes. Essas condições podem afetar todo o trato digestivo, do esôfago, estômago, intestino ao ânus. Não são letais, mas interferem de forma significativa na qualidade de vida do sujeito. São bastante comuns, sendo sua prevalência estimada entre 10% e 20% na população geral, e entre 40-50% na prática clínica nas consultas de gastroenterologia e na atenção primária (PORCELLI et al, 2007).

Em função de suas características, representam um grupo de patologias que trazem consigo problemas de compreensão pelos meios da Saúde, que se traduzem em dificuldades no diagnóstico, tratamento e relação profissional-paciente (DROSSMAN, 2009). Isso se deve, entre outras coisas, ao modelo biomédico no qual tradicionalmente se procura por problemas estruturais ou anormalidades bioquímicas no organismo, e na medida em que não se encontra tais problemas, os sintomas funcionais permanecem enigmáticos, de difícil explicação e de tratamento em geral pouco efetivo.

Atualmente, conforme os critérios de Roma III, as DGFs são caracterizadas como tendo etiologia multifatorial, com fatores fisiológicos, genéticos, psicológicos e socioculturais que modificam os sintomas, a experiência de adoecer e seu desfecho, assim como a busca por auxílio. Os sintomas relacionam-se com distúrbios de motilidade, alteração na percepção da dor e outras sensações nas vísceras, inflamação gastrointestinal, alteração na flora bacteriana, distress psicológico, distúrbios de personalidade, apoio social (PORCELLI et al, 2007; DROSSMAN, 2009).

A *International Organization For Functional Gastrointestinal Disorders* (IFFGD) lançou um guia em 2010 no qual destaca os desafios na abordagem as DGFs. O diagnóstico de uma DGF é estabelecido se os sintomas encontram um critério definido, ou seja, é sintomático e por exclusão, ao contrário de outras patologias que são diagnosticadas através de testes individuais. Seus sintomas são variáveis e sua instalação é imprevisível, variando para um mesmo sujeito ou para diferentes sujeitos com o mesmo diagnóstico. Além disso, as DGFs são influenciadas por diferentes fatores, incluindo marcadores genéticos, influências ambientais, e por fatores psicológicos e sociais. Por isso, as DGFs não se enquadram no tradicional modelo biomédico, que reduz a doença a uma única causa visível.

Para melhor compreender as DGFs, a IFFGD realça a diferenciação entre os termos *disease* e *illness*. Apesar de ambos remeterem ao conceito de doença, há diferenças que se tornam significativas. *Disease* refere-se a patologia que pode ser objetivamente constatada em testes diagnósticos, como exames de sangue, endoscopias e raios-x. Já *illness* é subjetivo, remetendo à experiência particular que o paciente tem diante dos sintomas e do adoecimento. Quando a *illness* decorre de uma *disease,* que é visível e pode ser facilmente atestada, ela é tratada como sendo "estrutural". Contudo, ocorre que há *illness* sem ter uma base estrutural definida, seja anatômica ou bioquímica; tais enfermidades são tratadas como "funcionais". Como achados desses distúrbios funcionais:

a) A severidade das anormalidades funcionais varia de paciente para paciente e não corresponde com a severidade dos sintomas;

b) Se essas anormalidades são a causa ou o resultado do adoecimento, geralmente é pouco claro.

Em estudo sobre as DGFs, Drossman (2009) afirma: a) o estresse psicológico exacerba os sintomas gastrointestinais, tanto em sujeitos saudáveis como em pacientes com DGFs, mas ocorrem com mais frequência em tais pacientes; b) fatores psicossociais modificam a experiência e o comportamento da doença; c) Um distúrbio gastrointestinal pode ter consequências psicossociais na qualidade de vida de um indivíduo; d) há uma alta associação de comorbidades psicossociais e perturbações psicológicas, em especial no DGF denominado Síndrome do Intestino Irritável (SII). Pacientes com SII, comparados com grupo controle de sadios, apresentam maiores escores de ansiedade, tristeza, depressão ou distúrbios do sono (WHITEHEAD et al. 1988). Relatam-se, também, condições pessoais insatisfatórias, relacionadas com o início ou o agravamento dos sintomas, como desemprego, morte de pessoas próximas, problemas de relacionamento ou profissional.

Entre esses distúrbios funcionais, destacamos a Síndrome do Intestino Irritável (SII) por ser a mais frequente, sendo responsável por 50% das consultas na área de gastroenterologia (FARTHING, 1995), atingindo a uma prevalência de 3% a 25% em adultos em países desenvolvidos (CREMONINI & TALLEY, 2005), a um custo direto de 20 bilhões de dólares por ano nos Estados Unidos (BRANDT ET AL, 2009) e custos indiretos que incluem perda de produtividade de mais 200 bilhões de dólares (FOXX-ORENSTEIN, 2006). São alterações para as quais não demonstra qualquer mudança estrutural das vísceras, assim como irregularidades bioquímicas que as justifiquem (MISZPUTEN, 2002). Não implica em risco de mortalidade, mas em modificações na qualidade de vida, trazendo significativo impacto social aos portadores, comparável ao de doenças crônicas debilitantes, além de elevados custos financeiros relacionados à procura por ajuda e prejuízo das atividades profissionais. Pacientes com SII reportam significativo redução na qualidade de vida, na atividade sexual, e possuem elevadas taxas de ideação suicida, absenteísmo, depressão e utilização dos serviços de saúde.

Na SII, a motilidade do tubo digestivo é alterada, caracterizada clinicamente por anormalidades do hábito intestinal (constipação e/ou diarréia) e dor abdominal, na ausência de patologia orgânica demonstrável. Embora a terminologia (SII) sugira alterações limitadas aos intestinos, todo o trato digestivo pode ser afetado do ponto de vista motor (DAMIÃO; MORAES-FILHO, 2001). Segundo os critérios diagnósticos de Roma III (FRANCISCONI, 2009) a SII é caracterizada por dor ou desconforto abdominal recorrente pelo menos 3 dias/mês, nos últimos 3 meses, associada com dois ou mais dos seguintes: melhora com a defecação; início associado com mudança na frequência das evacuações; início associado com mudança do formato (aparência) das fezes. Há três formas que pode se apresentar: diarreica, constipada ou mista. A forma diarreica é

a mais comum (48%) em homens e a constipada e (39%) e mista (48%) são mais comuns nas mulheres (LEE et al, 2007).

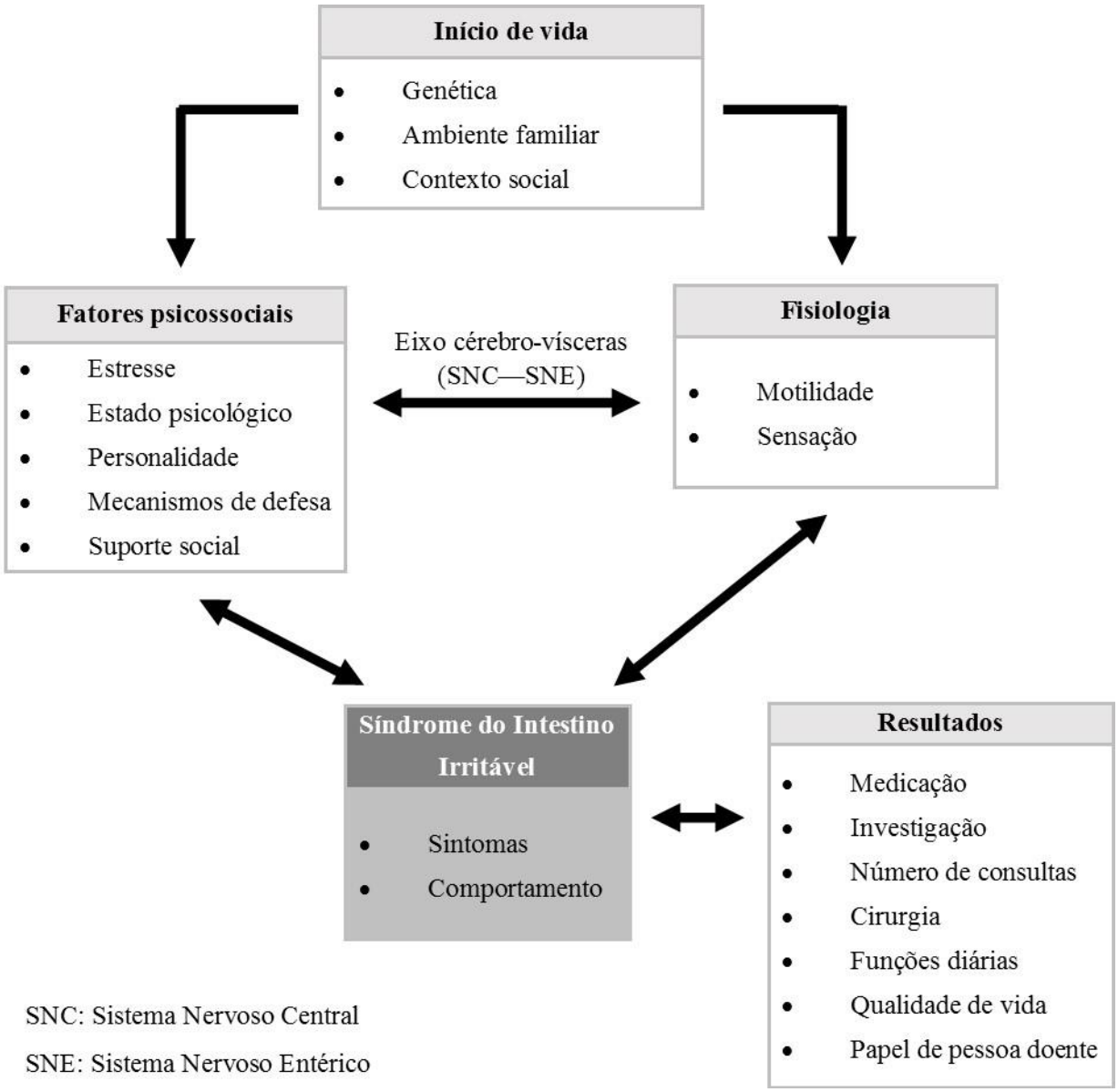
A SII não está associada a nenhuma anormalidade bioquímica, estrutural ou sorológica que define a sua presença (FOXX-ORENSTEIN, 2006). O diagnóstico da SII é baseado nos sintomas, que são dores abdominais ou desconfortos associados com alterações no hábito intestinal. Por conta de os sintomas serem comuns a outras condições gastrointestinais, o diagnóstico é feito por exclusão de outras patologias conhecidas, tornando-o mais trabalhoso de ser feito. Felizmente, avanços nas pesquisas tem levado a desenvolvimento de abordagens baseadas nos sintomas, objetivando a padronização dos pacientes com SII em subgrupos, e o desenvolvimento de orientações consensuais no sentido do diagnóstico de SII baseado principalmente no padrão e natureza dos sintomas, sem o uso excessivo de testes laboratoriais (THOMPSON ET AL, 1999; BRANDT ET AL, 2002).

Um grupo internacional de especialistas em desordens funcionais da motilidade gastrointestinal reuniram-se em Roma, em 1988, para desenvolverem um consenso sobre os critérios de definição das desordens gastrointestinais funcionais. O consenso foi denominado como Critérios de Roma, tendo publicada a primeira edição em 1994 e posteriormente, em 1999, um novo consenso foi estabelecido, conhecido como Critérios de Roma II, que simplificou os critérios definindo melhor a natureza não consecutiva e multissintomática da síndrome. Estudos clínicos de validação do Roma II começaram a aparecer, porém o consenso ainda não atingiu a sensibilidade para identificar pacientes com SII na prática clínica. No geral, os Critérios de Roma I e Roma II foram úteis para padronizar a inserção de pacientes em triagens clínicas, porém vários médicos consideravam muito restritivos para o uso na prática clínica (FOXX-ORENSTEIN, 2006). Um novo critério foi publicado em 2006, denominado de Roma III, sendo menos restritivo e mais acessível para a prática clínica, e a categorização da SII em constipado, diarreico e misto foi revisada, passando a ser baseado na consistência das fezes (DROSSMAN, 2006). Os Critérios de Roma III, juntos com uma cuidadosa tomada da história de vida e exames físicos, tornaram-se uma parte do “passo a passo” da abordagem baseada nos sintomas para diagnosticar a SII. A presença de características de alarme (exemplos: sangramento anal, histórico de câncer de colón ou doença inflamatória intestinal) potencialmente indicativa de doença orgânica necessita avaliação adicional (BRANDT ET AL, 2002).

Patogênese

A patogênese e as expressões clínicas da SII, conforme os Critérios de Roma, são compreendidas a partir do modelo biopsicossocial, que permite uma compreensão dos sintomas como sendo tanto fisiologicamente multideterminada quanto modificado pela influência de aspectos psicológicos e socioculturais (DROSSMAN, 2006). A conexão entre a função gastrointestinal e fatores psicológicos e socioculturais é feita através do eixo cérebro-vísceras, implicando um sistema de conexão bidirecional entre o trato intestinal e o cérebro, através de vias neurais, neuroimunes e neuroendócrinas (JONES ET AL, 2006). Esse fenômeno poderia ser desencadeado por fatores distintos de estresse (emocional, infeccioso, etc.) em áreas do sistema nervoso central, modificando e, posteriormente, perpetuando as respostas sensoriais e funcionais do sistema nervoso autônomo (FRANCISCONI, 2009).

No início da vida, a genética em conjunto com fatores ambientais como o contexto familiar, histórico de abusos, perdas ou exposição a infecções podem afetar o desenvolvimento psicológico em termos de susceptibilidade ao estresse ou estados psicológicos e mecanismos de defesa e enfrentamento, assim como a susceptibilidade a disfunções viscerais, como motilidade anormal, imunidade mucosa alterada ou hipersensibilidade visceral. Durante a vida, fatores psicossociais podem influenciar a função digestiva, a percepção de sintomas, o comportamento em relação ao adoecimento, a busca por ajuda médica e a qualidade de vida (DROSSMAN, 2006). Por exemplo, uma pessoa com gastroenterite bacteriana ou outra desordem intestinal, mas que não enfrenta atualmente nenhuma dificuldade psicossocial pode não desenvolver uma síndrome clínica ou nem perceber uma necessidade de ajuda médica; ou uma pessoa com comorbidades psicossociais, mecanismos de enfretamentos mal adaptativos, situações de vida estressantes, histórico de abuso pode desenvolver a síndrome e ter uma busca frequente por ajuda médica. Uma família que possui um comportamento em relação à doença e atende às preocupações psicossociais do indivíduo pode reduzir o impacto da doença; em contrapartida, uma família exageradamente solícita com o adoecimento ou um grupo que interpreta certos sintomas como uma ameaça podem amplificar os sintomas e o comportamento em relação ao adoecimento. Baseado no trabalho de Drossman (2009), Van Oudenhove et al (2010) apresentou o seguinte esquema:



Fatores ambientais, psicossociais, traços de personalidade e comorbidades psiquiátricas são partes importantes do modelo biopsicossocial da SII, envolvendo na desregulação do eixo cérebro-vísceras, levando ao estabelecimento da SII, persistência de sintomas ou comportamento anormal de doença. (SURDEA-BLAGA, BĂBAN, DUMITRASCU, 2012). Alguns fatores ambientais levantados são:

- *Histórico familiar positivo para SII*, que varia de 33% (ADAM, LIEBREGTS & HOLTMANN. 2007) a 42% (SAYTO ET AL, 2008), levantando o questionamento se trata de fatores de riscos ambientais comuns ou genéticos.

- *Eventos traumáticos pré-natais* podem contribuir para a SII, como má nutrição na vida fetal (BENGTSON ET AL, 2006).

- *Eventos estressantes no início da vida*, como cirurgia gástrica e colocação de sonda nasogástrica perioperatória (SAPS & BONILLA, 2011); abusos físicos, emocionais e sexuais (DROSSMAN, 1990; KOLOSKI, TALLEY & BOYCE, 2005).

- *Ambiente de criação*, como lar monoparental, locais de baixa temperatura e hábitos dietéticos (alto consumo de pimentas, comidas geladas e álcool) (DONG ET A, 2005); assim como uma infância numa classe social abastada é associada com aumento do risco (MENDALL & KUMAR, 1998; HOWELL ET AL, 2004).

- *Ambiente familiar* possui efeitos importantes. Um estudo demonstrou que ao longo de 15 anos com 331 pacientes com SII, 31% perderam parentes por morte, divórcio ou separação; 19% tem parente alcoólatra e 61% reportaram relações insatisfatórias com ou entre parentes; reforçando que a privação infantil é um importante fator de risco (HISLOP, 1979).

Os estressores psicossociais, quer durante a infância ou mais tarde na vida, estão envolvidos no aparecimento de sintomas da SII em indivíduos susceptíveis, e estes fatores podem influenciar o curso clínico da SII (SURDEA-BLAGA, BĂBAN, DUMITRASCU, 2012), conforme achados abaixo:

- *Aborrecimentos diários* parecem ser melhores preditores de efeitos na saúde do que grandes eventos de vida, conforme um estudo prospectivo em que houve um aumento significativo do escore de estresse por aborrecimentos diários antes da progressão de um paciente sem SII para ser portador da síndrome (FUJII & NOMURA, 2008).

- *Eventos de vida* possuem importante papel no estabelecimento da SII, conforme estudo (CREED ET AL, 1988), sendo os mais frequentes reportados por pacientes com dor abdominal funcional (onde se insere a SII) antes do estabelecimento dos sintomas: rompimento de relações próximas, separação dos pais, saída de um membro da família de casa e rompimento de relação séria de namoro; além disso, dificuldades de relacionamento pessoal marcantes são mais frequentes em pacientes

com dores abdominais funcionais do que pacientes com doenças gastrointestinais orgânicas ou indivíduos em geral.

- *Traumas na infância* foram associadas a um aumento da vulnerabilidade para vários sintomas somáticos dos quais a SII faz parte (VIDELOCK, 2010).

- *Estresse* pode determinar a exacerbação de sintomas (PALSSON & DROSSMAN, 2005) aumentar a severidade das dores abdominais (DEVANARAYANA ET AL, 2011), a distensão abdominal (CHANG ET AL, 2001) e pode influenciar a progressão de um paciente sem SII para ser um portador da síndrome (FUJII & NOMURA, 2008).

A personalidade também desempenha um papel na etiologia da SII e na decisão de procurar ajuda médica. Pode ser definida como uma "organização dinâmica, dentro da pessoa, que cria padrões característicos de comportamento, pensamentos e sentimentos" (CARVER ET AL, 1992). Dentre os traços de personalidade que têm sido associados com a SII:

- *Neuroticismo* (tendência a experimentar emoções negativas, como raiva, ansiedade ou depressão; também chamado instabilidade emocional) tem sido apontado pela maioria dos estudos com foco em traços de personalidade como sendo significativamente elevado em pacientes com SII, comparado com a população geral; também é um importante preditor da percepção da doença pelo paciente e na sua crença em relação ao tratamento (FARNAM, 2008).

- *Alexitimia* (dificuldade em identificar e descrever sentimentos e distinguí-los de sensações corporais) é frequentemente observada em pacientes com SII, sendo mais comum do que em pacientes saudáveis (MATTILA ET AL, 2009). Verificou-se que 43% dos pacientes com SII possuem alexitimia, em contraste com os 2% de saudáveis (PORTINCASA, 2003).

- *Personalidade tipo A* (padrão ação-emoção de esforço crônico, incessante e agressivo a fim de realizar o mais rapidamente possível o maior número de objetivos) vem sendo associado a diferentes condições médicas, como um dos fatores psicológicos que afetam desordens gastrointestinais funcionais, onde a SII se insere (PORCELLI, SONINO et al, 2007).

Comorbidades psiquiátricas, como transtornos e sintomas psiquiátricos, são frequentes em mais da metade dos pacientes com SII, especialmente nos casos mais severos (WHITEHEAD ET A, 2003), sendo os mais comuns os transtornos de humor e transtornos de ansiedade (CREED ET AL, 2006):

- *Depressão* é o diagnóstico psiquiátrico mais comum em pacientes com SII (31,4%), sendo mais comum do que pacientes com doenças gastrointestinais orgânicas e do que com a população geral (WHITEHEAD ET AL, 2003). Um fato interessante é que o número de sintomas depressivos auto relatados não é significativamente maior nos pacientes que procuram cuidados médicos para as suas queixas gastrointestinais em comparação com aqueles que não consultam (HENNINGSEN ET AL, 2003).

- *Ansiedade* e transtornos ansiosos como transtorno de pânico (12%), transtorno de ansiedade generalizada (14%) e transtorno de estresse pós-traumático são observados em pacientes com SII (CREED ET AL, 2006). Foi verificada uma prevalência para ansiedade nesses pacientes na comunidade de 16,5%, enquanto no serviço terciário chega a 47% (MIKOCKA-WALUS ET AL, 2008). Ansiedade é significativamente mais frequente nesses pacientes do que na população em geral (WHITEHEAD ET AL, 2003) e tende a preceder o estabelecimento da SII, principalmente na forma diarreica, de forma que não se pode relegar a ansiedade como uma resposta ao adoecimento, de forma que desempenha um papel no desenvolvimento da SII (SYKES ET AL, 2003).

- *Neurastenia* é frequentemente reportados pelos pacientes com SII, chegando a uma prevalência de 35% nos casos mais graves (CREED ET AL, 2005).

- *Outros diagnósticos psiquiátricos* são encontrados em pacientes com SII, como fobias (15%), problemas com álcool e drogas (8%) e distimia (7%), de forma que é bastante frequente esses pacientes apresentarem mais do que uma comorbidade psiquiátrica, principalmente nos casos mais severos (CREED ET AL, 2005).

Todos esses fatores demonstram a complexidade da SII e a multideterminação no surgimento, desenvolvimento e desfecho da síndrome. Entram em cena aspectos biológicos,

psicológicos e sociais, que agem em diferentes momentos na vida de uma pessoa e variando de uma pessoa para outra. Vários indivíduos estão submetidos a esses fatores, porém aqueles com susceptibilidades individuais, como início de vida, fatores psicológicos e fisiologia, irão desenvolver a síndrome.

Tratamento

A relação médico-paciente confiável é o pilar no manejo dos pacientes com SII. Empatia, escuta ativa, estabelecimento de expectativas realísticas no sentido de ajuda e não de cura, uso de técnicas não-verbais como contato olho a olho, balançar a cabeça em assentimento, inclinar-se para frente e postura corporal aberta ajudam a construir essa relação positiva (DROSMANN, 2012). É importante atribuir um diagnóstico confiável, não focar apenas nos sintomas gastrointestinais, prover educação a respeito das possíveis causas, história e tratamento da SII (CHEY ET AL, 2015).

O tratamento corrente costuma visar os sintomas da SII nos momentos de episódio agudo, e a eficácia varia de forma significativa (CREMONINI & TALLEY, 2005). Em virtude dos sintomas e da resposta ao tratamento variar muito, há a necessidade de estabelecer regimes de tratamento individualizados (HAMMERLE & SURAWICZ, 2008), o que fica evidente em função da variedade de fatores que entram em cena no adoecimento de uma pessoa com SII, assim como suas susceptibilidades individuais.

Tradicionalmente, os tratamentos de primeira linha para SII consistem em medicamentos livre de prescrição para melhorar a diarreia (como loperamida e probióticos) ou para melhorar a constipação (como suplementos de fibra e laxantes) em função de melhorar o hábito intestinal alterado, facilidade de acesso, baixo custo e segurança. Porém, tais medicamentos pouco contribuem para diminuir os sintomas abdominais como dores e inchaço. Para as dores, têm-se utilizado antiespasmódicos e anticolinérgicos, que relaxam a musculatura lisa do intestino (CHEY ET AL, 2015).

A serotonina tem papel no funcionamento do trato digestivo e níveis baixos de neurotransmissores estão envolvidos na patologia da SII. Farmacoterapia dirigida para a modulação de neurotransmissores oferece uma promissora forma de tratamento. Antagonistas 5-HT parece ser uma boa escolha para SII da forma diarreica por diminuir a motilidade intestinal, aumentar a firmeza das fezes e diminuir a secreção intestinal. Em contraste, agonistas 5-HT são

mais efetivos para a forma constipada. Octreotida tem sido testada em humanos e diminui os sintomas da diarreia, mas por ser intravenosa diminui a sua aplicabilidade (HAMMERLE & SURAWICZ, 2008).

Pacientes com SII têm demonstrado perturbações na microflora intestinal e alguns episódios de SII são desencadeados por gastroenterite, portanto tratamentos de reposição microbial são interessantes (BARBARA ET AL, 2007). Numa meta-analise (MCFARLAND & DUBLIN, 2008) sobre a eficácia de probióticos para SII, os resultados de 20 testes clínicos randomizados com 23 probióticos diferentes foram comparados com os grupos controles. Geralmente, os probióticos reduziram significativamente os sintomas globais da SII.

Frequentemente, pacientes com SII associam a alimentação com seus sintomas. Até 90% desses pacientes restringem sua dieta para prevenir ou aliviar os sintomas. Alergia é pouco comum, mas intolerância ou sensitividade são comumente reportados (HAYES ET AL, 2014). Alguns pacientes têm seus sintomas melhorados com uma dieta sem glúten (BIESIEKIERSKI ET AL, 2011), porém essa recomendação permanece controversa devido as evidências serem pouco claras. Tem emergido evidências de sensibilidade em alguns pacientes de SII para carboidratos denominados FODMAPs (*Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides* e *Polyols*), que formam um conjunto de alimentos altamente fermentáveis e de mal absorção pelo nosso organismo, encontrados em alimentos como trigo, cebola, algumas frutas e legumes, sorbitol e alguns produtos lácteos. São um importante desencadeador de sintomas relacionados com a refeição em pacientes com SII, possivelmente como consequência de anomalias subjacentes na fisiologia do intestino e na sensação visceral (SHEPHERD ET AL, 2013), portanto uma dieta estritamente baixa em FODMAPs pode aliviar os sintomas da SII.

Antidepressivos tornaram-se uma opção de tratamento difundida para pacientes com SII moderada a grave por causa de seus efeitos sobre a percepção da dor, humor e motilidade (CHEY ET AL, 2015). A eficácia dos antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e, em menor extensão, os inibidores seletivos da recaptação da norepinefrina têm sido avaliados em pacientes com SII e coletivamente têm sido eficazes contra dor abdominal, assim como para comorbidades psiquiátricas como ansiedade e depressão (FORD ET AL, 2014).

Estudos com psicoterapia tem demonstrado eficácia desse tipo de tratamento para pacientes com SII (GUTHRIE ET AL, 1991). Numa meta-análise com 30 testes, utilizando mais de 2000 pacientes e 10 diferentes tipos de psicoterapia, os resultados foram positivos (FORD ET AL,

2014). Porém, apesar dos resultados encorajadores, a má aceitação por parte dos pacientes e dos médicos com esse tipo de prática clínica tem limitada sua ampla adoção (CHEY ET AL, 2015).

5. PSICOTERAPIA COMO TRATAMENTO PARA PACIENTES COM SII

A SII é uma patologia multideterminada, onde aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais entram em cena no estabelecimento, desenvolvimento e desfecho do adoecimento. É de difícil tratamento, com tendência à cronicidade, com uma prevalência significativa e gerando altos custos aos serviços de saúde (FOXX-ORENSTEIN, 2006). Como aspectos psicossociais desempenham um importante papel no quadro clínico de pacientes com SII e comorbidades psiquiátricas são comuns, a psicoterapia como forma de tratamento para esses pacientes tem sido utilizada, mas enfrenta ainda resistência e rejeição por parte dos pacientes e dos médicos.

O questionamento da eficácia da psicoterapia como um todo costuma ser comum. Nesse sentido, pesquisas foram feitas assim como meta-análises para sumarizar e sintetizar os achados de estudos independentes, conforme nos traz Shedler (2012). Uma métrica amplamente utilizada é o “tamanho de efeito”, que quantifica a eficácia de uma intervenção, medindo a diferença entre o grupo que recebeu tratamento e o grupo controle. Um tamanho de efeito 1.0 significa que a média dos pacientes tratados são saudáveis em relação aos pacientes não tratados. Nas pesquisas em Psicologia e Medicina, um tamanho de efeito de 0,8 é considerado um grande efeito, um tamanho de efeito de 0,5 é considerado um efeito moderado, e um tamanho de efeito de 0,2 é considerado um efeito pequeno (COHEN, 1988).

A primeira grande meta-análise sobre os resultados da psicoterapia foi realizada em 1980 e agrupou 475 estudos com diferentes diagnósticos e tratamentos, obtendo um tamanho de efeito global de 0.85 para pacientes que receberam psicoterapia em comparação com os que não receberam (SMITH, GLASS, & MILLER, 1980). Uma revisão sumarizou os resultados de 18 meta-análises sobre os resultados da psicoterapia em geral, obtendo um tamanho um tamanho de efeito de 0.75 (LIPSEY & WILSON, 1993). Outra meta-análise (reuniu os achados de 37 estudos

sobre os resultados da psicoterapia para depressão e obteve um tamanho de efeito global de 0.73 ROBINSON, BERMAN & NEIMEYER, 1990).

Esses tamanhos de efeito são grandes. Para se ter uma referência, consideremos os resultados para antidepressivos. Uma análise da *US Food and Drug Adminstration* (FDA) constatou tamanhos de efeito de 0,26 para a fluoxetina (Prozac), 0,26 para a sertralina (Zoloft), 0,24 para citalopram (Celexa), 0,31 para o escitalopram (Lexapro), 0,30 para a duloxetina (Cymbalta), e a média dos tamanhos de efeito de antidepressivos aprovados pela FDA entre 1987 e 2004 foi de 0.31 (TURNER ET AL, 2008). Numa meta-análise em que comparou antidepressivos tricíclicos com placebo, o tamanho de efeito foi apenas de 0.17 (MONCRIEFF, WESSELY, & HARDY, 2004). Esses tamanhos de efeitos são relativamente baixos. Porém, conforme bem colocado por Shedler (2012), as diferenças metodológicas entre os testes com medicamentos e os de psicoterapia são suficientemente grandes para não se comparar diretamente os tamanhos de efeitos, de modo que não se pode interpretar como evidência conclusiva de que psicoterapia é mais eficiente que medicamentos. O ponto em questão é que há uma vasta literatura na qual suporta a eficácia da psicoterapia como prática de tratamento, com nível de eficiência e confiabilidade tal qual outras formas de tratamento amplamente utilizadas promovidas como “empiricamente suportadas” e “baseadas em evidências”.

Pacientes com SII se beneficiam do tratamento com psicoterapia, e estudos vêm demonstrando isso. Conforme nos traz Fonagy (2015) sobre estudos com pacientes com Síndrome do Intestino Irritável, foi feito um estudo relativamente extenso com esses pacientes, randomizados para o tratamento usual (médico) ou psicoterapia psicodinâmica (mais cuidados médicos), relataram mudanças significativas nos sintomas somáticos, dor abdominal e disfunção intestinal com 3 a 15 meses no grupo de psicodinâmica (SVEDLUND ET AL, 1983). Um estudo de 12 semanas descobriu que as mulheres que se apresentam com síndrome do intestino irritável beneficiaram-se mais da psicoterapia psicodinâmica do que de escuta ativa nos termos de auto avaliação e sintomas avaliados pelo médico (GUTHRIE ET AL, 1993). Aqueles no grupo de controle que aceitaram a psicoterapia após o fim do tratamento melhoraram, e aqueles que não quiseram recaíram.

Dificuldades nas relações interpessoais estão associadas com os sintomas e com a cronicidade da síndrome, de forma que mudanças nas relações interpessoais impactam significativamente os sintomas, em função do distresse psicológico. A melhora no estado de saúde

promovida pela psicoterapia traz benefícios para os pacientes com SII crônicos (HYPHANTIS ET AL, 2009).

O tratamento de pacientes com SII torna-se mais eficiente combinando o tratamento médico com o psicológico. Em um estudo com 50 pacientes com SII, aqueles que receberam a combinação do tratamento médico mais psicoterapia tiveram sua saúde mental melhorada e a terapia diminuiu as incapacidade e limitações da SII. Mesmo aqueles que receberam apenas psicoterapia tiveram seus sintomas extensivamente reduzidos (MAHVI-SHIRAZI, 2012).

Diante da eficácia e dos benefícios provenientes da psicoterapia para o tratamento de pacientes com SII, a questão do custo-benefício torna importante diante dos enormes gastos de 200 bilhões de dólares (nos Estados Unidos) decorrentes de serviços médicos diretos e indiretos com esses pacientes (FOXX-ORENSTEIN, 2006). Em um estudo com psicoterapia e antidepressivos utilizando 247 participantes, ambos os tratamentos, em especial o psicoterapêutico, mostraram-se superiores do que o tratamento usual na melhoria dos aspectos físicos de saúde relacionados com qualidade de vida. Porém, após um ano ao término do tratamento, apenas a psicoterapia promoveu uma significativa redução dos custos de cuidado com saúde em comparação com o tratamento usual (CREED ET AL, 2003).

Dentre as psicoterapias, destacamos as psicodinâmicas, também conhecidas como psicoterapias psicanalíticas. São as variedades de tratamentos baseadas nos conceitos psicanalíticos e métodos que utilizam de menos sessões do que uma psicanálise tradicional. Geralmente são de uma a duas sessões semanais com tempo limitado ou livre. A essência da terapia psicodinâmica é explorar os aspectos do self (eu) que não são totalmente conhecidos, especialmente como eles se manifestam e potencialmente influenciam na relação terapêutica (SHEDLER, 2012).

Há uma crença de que as psicoterapias psicodinâmicas não possuem bases empíricas ou que evidências científicas demonstram que outras psicoterapias ou formas de tratamento são mais eficientes. Contudo, consideráveis pesquisas apoiam a efetividade das psicoterapias psicodinâmicas, e modo que as evidências científicas contam uma história diferente, de modo que há uma discrepância entre a percepção e as evidências.

Foi realizada uma meta-análise com forte rigor metodológico sobre a psicoterapia psicodinâmica, utilizando 23 testes controlados randomizados, com um total de 1431 pacientes (ABBASS ET AL, 2006). Foram utilizados pacientes com uma gama de desordens mentais comuns comumente vistos na atenção primária, como transtornos depressivos, de ansiedade, somatoformes e de personalidade, que receberam psicoterapia psicodinâmica breve (menos de 40 horas), e comparados com pacientes controle (lista de espera, que receberam um tratamento mínimo ou não psicodinâmico). Obteve-se um tamanho de efeito global de 0.97 para a melhoria geral dos sintomas. O tamanho do efeito foi aumentado para 1.51 quando os pacientes foram avaliados no follow-up de longo prazo (mais de 9 meses). Para os sintomas somáticos, o valor foi de 0.81, e no follow-up foi para 2.21. Para os marcadores de ansiedade, foi de 1.08, aumentado para 1.35 no follow-up. Para os sintomas depressivos, foi de 0.59, atingindo 0.98 no follow-up.

Em outra meta-análise, com 17 testes controlados randomizados de psicoterapia psicodinâmica breve (por volta de 21 sessões), foi relatado um tamanho de efeito de 1.17 para a terapia psicodinâmica comparados com os controles (LEICHSENRING, RABUNG, & LEIBING, 2004). Comparando o pré-tratamento e pós-tratamento, o tamanho de efeito foi de 1.39, chegando a 1.57 no follow-up após 13 meses. O consistente aumento dos valores no follow-up sugere que a psicoterapia psicodinâmica coloca em movimentos processos psicológicos que levam a mudanças contínuas, mesmo após o término da terapia.

Outra meta-analise foi realizada com o objetivo de ver a eficácia em transtornos somáticos, incluindo 23 estudos que envolveram 1870 pacientes com uma ampla gama de sintomas somáticos (ABBASS, KISELY, & KROENKE, 2009). Os resultados foram um tamanho de efeito de 0.69 na melhora dos sintomas psiquiátricos e 0.59 para os sintomas somáticos, além de uma redução de 77% no uso de serviços de saúde devido à psicoterapia psicodinâmica.

Numa meta-análise para verificar a eficiência em ambas psicoterapia psicodinâmica e terapia cognitivo-comportamental, foram utilizados 14 estudos da primeira e 11 da segunda, para transtornos de personalidade. Para a psicodinâmica, com tratamento de 37 semanas, o tamanho de efeito entre pré e pós-tratamento num follow-up de um ano e meio foi de 1.46. Para a cognitivo-comportamental, com tratamento de 16 semanas, o efeito entre pré e pós tratamento com follow-up de 13 semanas foi de 1.0.

Há uma enorme quantidade de estudos com resultados empíricos para outros tipos de psicoterapia, em especial para a cognitivo-comportamental, criando uma suposta crença defendida em artigos elaborados por psicólogos dessa corrente teórica de que a terapia cognitivo-

comportamental seria mais eficiente do que as outras, contradizendo evidências levantadas por estudos científicos (LUBORSKY ET AL, 1999; WAMPOLD ET AL, 2002; LEICHSENRING & LEIBING, 2003; LAMBERT & OGLES, 2004; SHEDLER, 2012; FONAGY, 2015). Estudos falharam na tentativa de comprovar a suposta superior eficácia da cognitivo-comportamental sobre a psicodinâmica (LEICHSENRING, 2001; CUIJPERS ET AL., 2008). Houveram inclusive estudos comparando o tratamento psicodinâmico utilizando apenas oito sessões, considerado inadequado por muitos psicoterapeutas, com o tratamento cognitivo-comportamental de dezesseis sessões, e mesmo nesses casos os resultados foram comparáveis (SHAPIRO ET AL., 1994; BARKHAM ET AL., 1996).

Essa concepção tomada por parte dos profissionais em saúde em relação às psicoterapias psicodinâmicas se deve, em parte, a um certo distanciamento do movimento da Psicanálise do movimento científico em relação à busca incessante de controle, previsibilidade e quantificação de seus processos e resultados, de forma que as primeiras gerações de psicanalistas eram indiferentes às pesquisas empíricas, tendência ainda presente nas gerações mais novas; assim como os estudos psicodinâmicos tendem a focar numa ampla gama de condições e sintomas, e menos em categorias diagnósticas, o que dificulta os agrupamentos dos estudos (SHEDLER, 2012). Há também um desencontro entre os objetivos das psicoterapias psicodinâmicas e os resultados que os estudos geralmente medem. Os objetivos incluem a remissão dos sintomas, mas não são orientados a eles, mas vai muito além, pois entende que a saúde psicológica é mais do que a ausência de sintomas, é a presença positiva de capacidades e recursos psicológicos que permitam a pessoa viver com um grande senso de liberdade e organização de seus impulsos internos diante da realidade a qual está submetida. Diante de medições de resultados ou expectativas que são orientadas pelos sintomas, elas não conseguem alcançar tais capacidades internas (KAZDIN, 2008).

Uma modalidade de psicoterapia psicodinâmica é a Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), que consiste numa forma de psicoterapia breve baseada na teoria da adaptação de Simon (1989), na qual entende adaptação como um “conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização (por mínima que seja) compatível com a vida” (SIMON, 1989). Nessa constante e intensa luta pela sobrevivência, o indivíduo pode vir a diminuir o seu nível de adaptação em virtude de

determinados eventos ou condições de vida, influenciando e sendo influenciado por suas condições psicológicas.

Na medida em que o critério de adaptação permite verificar a adequação do comportamento frente às situações-problemas, sua utilização pode ser adotada também em pessoas que não se enquadram em critérios diagnósticos em psicopatologia. Ou seja, permite abordar conflitos e situações decorrentes das relações do indivíduo consigo e com o meio, que são naturais a todos os seres humanos e que não são decorrentes de distúrbios mentais, indo além dos sintomas e alcançando capacidades internas.

A PBO procura ajudar a promover a superação de soluções inadequadas para as situações-problema existentes e a compreensão de alguns dinamismos que sustentam tais soluções (SIMON, 2005). O diagnóstico baseia-se no Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado (SISDAO) (SIMON, 1989) como método de avaliação diagnóstica a respeito do nível da adequação adaptativa. Quando uma situação é nova e significativa, cuja solução não pode ser adiada indefinidamente porque precipitaria uma crise adaptativa, é chamada de situação-problema. O conceito de situações-problema é de grande importância, pois a partir de sua percepção, compreensão e análise dessas soluções que o trabalho da PBO se desenvolve.

Os conjuntos de respostas a eventos ou condições de vida podem se mostrar menos ou mais adequadas para manter uma melhor adaptação. A adequação das soluções tomadas pelo sujeito é verificada a partir de três critérios: solução do problema, grau de satisfação com a solução e intensidade do conflito psíquico ou ambiental com as soluções adotadas. A solução é considerada adequada quando resolve o problema com satisfação e sem conflitos; pouco adequada quando resolve o problema de forma satisfatória, mas com conflitos, ou sem conflitos, mas de forma insatisfatória; e pouquíssima adequada quando se resolve o conflito, mas sem satisfação e com conflitos. Quando não encontra uma solução, o indivíduo enfrenta uma situação de crise adaptativa. A partir desses critérios, pode-se compreender a adequação das soluções do ponto de vista adaptativo, podendo ser adequada, pouco adequada, ou pouquíssimo adequada. Cada setor adaptativo é avaliado segundo esses critérios, e o sujeito entra numa escala adaptativa que é dividida em cinco grupos: 1) adaptação eficaz; 2) adaptação ineficaz leve; 3) adaptação ineficaz moderada; 4) adaptação ineficaz severa; 5) adaptação ineficaz grave.

A adaptação é entendida de forma global na vida do indivíduo, abrangendo diferentes setores, que de forma sumarizada, podem ser assim colocados:

- Afetivo-Relacional (A-R) – sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo e ao semelhante.

- Produtividade (Pr) – sentimentos, atitudes e ações da pessoa em relação a qualquer atividade produtiva (trabalho, estudo, projetos, etc).

- Sócio-Cultural (S-C) – sentimentos, atitudes e ações relativos à organização social, valores e costumes da cultura em que vive.

- Orgânico (Or) – estado e funcionamento de seu organismo, em relação à salubridade, assim como sentimentos, atitudes e ações em relação ao próprio corpo.

O objetivo terapêutico da PBO, conforme Simon & Yamamoto (2008), é "ajudar o paciente a detectar e elucidar os conflitos que deram origem e sustentação às soluções pouco ou pouquíssimo adequadas". Possui significativa importância visto que tais soluções são geradoras de situações-problemas, ou mesmo de uma crise adaptativa na qual o paciente por si só apresenta dificuldade ou impossibilidade de dar um desfecho. Assim, a PBO promove a substituição de soluções inadequadas por outras que sejam mais adequadas para resolver as situações-problemas e transformar uma situação de crise numa oportunidade de maturação emocional. Para tal, o terapeuta se utiliza da *interpretação teorizada*, denominação para as interpretações formuladas a partir da história de vida pregressa da adaptação do paciente e na compreensão psicodinâmica de seus complexos inconscientes.

O processo terapêutico da PBO se divide em duas fases: *fase diagnóstica* – são realizadas entrevistas em números suficientes para se obter dados suficientes sobre o paciente, sua história e sua condição atual, além de definir a situação-problema nuclear (de onde as outras partem), nível adaptativo e o número de sessões terapêuticas; *fase terapêutica* – psicoterapia realizada de uma a doze sessões semanais. Por ter um limite estabelecido, o processo terapêutico é breve, mas com tempo suficiente para tratar do foco da demanda.

No caso de pacientes com SII, a PBO parece mostrar-se como uma interessante modalidade de tratamento. Esses pacientes costumam recorrer a ambulatórios médicos para tratar de seus sintomas. Em geral, chegam para o psicólogo encaminhado pelo médico, sendo comum a que a demanda psicológica seja, na maior parte das vezes, construída pelo médico que o atendeu. Não que o paciente não tenha conflitos ou problemas emocionais, mas a demanda, a iniciativa, a procura é, comumente, motivada pelo pedido do médico. Como dito anteriormente, esses pacientes

tendem a minimizar aspectos emocionais, e o sentido de um atendimento psicológico fica de difícil compreensão, já que suas queixas são eminentemente orgânicas. Durante a fase diagnóstica, vai sendo construído um sentido para o paciente de como e quais questões psicológicas estão atuando para diminuir a sua adaptação e que contribuem para o fundo emocional do seu adoecimento, de forma que então a demanda passa a ser do paciente, ele vê sentido num atendimento psicológico para a sua SII e possa aderir ao tratamento e se beneficiar na fase terapêutica. Assim, a psicoterapia é encarada como um tratamento para seu problema, focal, breve, para lidar com a questão da doença.

3. JUSTIFICATIVAS

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é responsável por 50% das consultas na área de gastroenterologia (FARTHING, 1995), atingindo a uma prevalência de 3% a 25% em adultos em países desenvolvidos (CREMONINI & TALLEY, 2005) e a um custo de serviços médicos diretos e indiretos de 200 bilhões de dólares (nos Estados Unidos) (FOXX-ORENSTEIN, 2006). Traz significativo impacto social aos portadores, comparável ao de doenças crônicas debilitantes, além de elevados custos financeiros relacionados à procura por ajuda e prejuízo das atividades profissionais. Pacientes com SII reportam significativo redução na qualidade de vida, na atividade sexual, e possuem elevadas taxas de ideação suicida, absenteísmo, depressão e utilização dos serviços de saúde. Possui difícil diagnóstico e terapêutica em geral ineficiente (SANTOS FILHO, 2009).

Fatores psicossociais podem influenciar a função digestiva, a percepção de sintomas, o comportamento em relação ao adoecimento, a busca por ajuda médica e a qualidade de vida (DROSSMAN, 2006). Os estressores psicossociais, quer durante a infância ou mais tarde na vida, estão envolvidos no aparecimento de sintomas da SII em indivíduos susceptíveis, e estes fatores podem influenciar o curso clínico da SII (SURDEA-BLAGA, BĂBAN, DUMITRASCU, 2012). Estudos com psicoterapia tem demonstrado eficácia no tratamento para pacientes com SII (GUTHRIE ET AL, 1991), mostrando-se superiores em conjunto com o tratamento médico do que o tratamento usual e promovendo uma significativa redução dos custos de cuidado com saúde.

Compreendendo o funcionamento psicológico que há por trás das somatizações – o comprometimento da capacidade de simbolização – e as formas como se configura na dinâmica psíquica do sujeito, seria interessante intervenções psicológicas que levassem em consideração essas especificidades para o tratamento de pacientes com SII. Ao lidar com esses pacientes, é importante o resgate histórico do sujeito e biográfico da enfermidade, assim como um psicodiagnóstico que verifique como o comprometimento da capacidade de simbolização se relaciona com sua dinâmica psíquica. Nesse sentido, torna-se importante um trabalho terapêutico que permita ao paciente fazer associações entre os sintomas e fatores estressores, relacionar com aspectos de sua vida, e trabalhando suas questões emocionais para que ele possa lidar com suas angústias e elaborá-las psiquicamente, melhorando seu estado emocional e sua adaptação. Na medida em que se contextualiza o adoecimento na história de vida do sujeito, percebe-o como

parte de um processo que ganha sentido a partir da biografia do paciente, e a compreensão de seu quadro clínico fica mais favorável, permitindo a possibilidade de melhores intervenções e melhor qualidade de vida para o paciente.

4. OBJETIVOS

Verificar se o atendimento clínico psicológico, baseado na técnica da Psicoterapia Breve Operacionalizada, com ênfase na promoção da capacidade de simbolização em relação a determinadas questões significativas, pode contribuir para a melhora dos sintomas no quadro clínico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.

Objetivos secundários:

- Diminuir o comprometimento e promover a capacidade de simbolização de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.
- Diminuir a frequência e intensidade dos sintomas somáticos da Síndrome do Intestino Irritável.
- Contribuir para o desenvolvimento das técnicas utilizadas no atendimento psicológico para pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.

5. MÉTODOS

O método utilizado na pesquisa foi o qualitativo, mais especificamente o clínico-qualitativo (TURATO, 2003). Trata-se de um refinamento dos métodos qualitativos referentes às Ciências Humanas para aplicação em settings clínicos de assistência à saúde, sob um quadro de referências teóricas da Psicologia aplicada à Saúde. Nesse método, *os sentidos e significados* que os participantes dão aos fenômenos são o cerne, portanto os seus conhecimentos e interpretações por parte do pesquisador são os alvos de sua preocupação. A coleta de dados é feita num *ambiente natural*, no caso, no setting de prestação de serviços de saúde. A *valorização das angústias e ansiedades como fundamentais* para a mobilização do interesse do entrevistador, assim como para o acolhimento numa atitude clínica. Os *elementos psicodinâmicos como ferramentas* são valorizados, de forma que a psicanálise é tomada como técnica-chave para uso no setting da coleta de dados e na discussão dos resultados.

O próprio *pesquisador é o instrumento principal* para a coleta de dados da pesquisa, com sua própria personalidade, conhecimento e participação na relação interpessoal com o participante, bem como é quem faz o seu tratamento. O *pesquisador como bricoleur* tem o perfil e a tarefa de construir novos objetos a partir dos fragmentos trazidos pelos participantes. O *processo é norteador do interesse do pesquisador*, ou seja, procura saber mais como os fenômenos ocorreram do que com o produto em si, o que no caso pode ser entendido que o pesquisador está mais interessado em como o funcionamento mental contribuiu para o sintoma do que o sintoma em si.

Os saberes teóricos e práticos são pontos de partidas simultâneos, ou seja, o pesquisador parte tanto das teorias como das experiências que teve para compor seu trabalho. Os *raciocínios indutivos e dedutivos* são utilizados na construção do conhecimento. *A força do método está na validade dos dados*, ou seja, no alcance pelos quais os dados refletem a autenticidade do fenômeno, de forma que a preocupação recai não na reprodutibilidade, mas na precisão e compreensão dos dados. *A descrição dos dados e sua interpretação são feitas simultaneamente*, de forma que há a integração das fases de exibição dos dados e de sua discussão.

Os pressupostos conclusivos são passíveis de generalizações. Ao contrário dos métodos quantitativos que procuram generalizar seus resultados para outros momentos, situações e pessoas, os métodos qualitativos permitem generalizar os pressupostos finais. Para tal, cabe ao leitor da

pesquisa empregar os pressupostos conclusivos para novos casos, nas situações em que os fenômenos são semelhantes, no sentido de ver se seriam úteis para a compreensão. A crítica de que os resultados nas pesquisas qualitativas com humanos não são passíveis de reprodução é incabível, pois os fenômenos e fatos humanos, sejam individuais ou sociais, não são passíveis de serem fielmente reprodutíveis nas Ciências do Homem; assim como o que se quer na pesquisa qualitativa é conhecer justamente o particular.

A pesquisa foi realizada no formato de estudo de casos[1]. Este formato é um meio de organizar os dados preservando o caráter unitário e individual do objeto estudado, investigando suas características intrínsecas e particulares. Permite que seja estudado em profundidade um aspecto de um problema, sendo apropriado para investigações de fenômenos quando há uma grande variedade de fatores atuando e não se sabe quais são os mais determinantes. O formato de estudo de casos estimula novas descobertas pela exploração de processos e comportamentos, enfatizam a multiplicidade de dimensões de um problema focalizando-o como um todo, e permite análise em profundidade dos processos e das relações que se estabelecem entre eles (VENTURA, 2007). Diante da necessidade de se verificar quais conteúdos mentais de um paciente estariam atuando no comprometimento da sua capacidade de simbolização, o formato de estudo de caso é oportuno.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: adultos entre 18 e 60 anos, de ambos os sexos, com o diagnóstico principal de transtorno neurovegetativo somatoforme (F45.3) portadores de Síndrome do Intestino Irritável, seguindo os critérios diagnósticos de Roma III para utilização em pesquisa. A quantidade de participantes foi de dois pacientes.

A patologia em questão em geral vem acompanhadas por outras comorbidades, de tal forma que não configuram como critério de exclusão. No entanto, segundo as recomendações da Classificação Internacional de Doença - CID-10, deve se dar um diagnóstico principal, sendo que a precedência do diagnóstico é o mais relevante ao propósito para o qual o diagnóstico está sendo colhido, ou seja, o transtorno que motivou a consulta ou o contato com o serviço de saúde.

---

[1] O método precisou ser modificado em função da quantidade de participantes. O pesquisador entrou em contato com 42 pacientes tendo feito 3 levantamentos de prontuários em momentos distintos, porém apenas 2 aceitaram participar. O pesquisador esteve presente no ambulatório em vários dias, porém em todos os dias em que ele esteve presente não apareceu nenhum paciente que se enquadrasse nos critérios de inclusão (adultos entre 18 e 60 anos com diagnóstico de SII do tipo diarreico).

Como critério de exclusão: o uso por parte do participante de medicação que provoque sedação excessiva, ou comprometimento de funções cognitivas relacionadas à capacidade de simbolização, conforme delimitado no tópico sobre simbolização deste projeto de pesquisa.

As especificidades de tal síndrome exigem uma comprovação médica atestando o diagnóstico. No caso da SII, por se tratar de um transtorno funcional e feito por exclusão, não há presença de lesão orgânica que justifique. Este procedimento foi um requisito dos critérios de inclusão na pesquisa. Caso o participante possua tal síndrome e desejasse participar da pesquisa, deveria ter seu diagnóstico realizado no serviço de saúde onde foi feita a captação, segundo os critérios definidos neste protocolo de investigação. Sublinha-se que a pesquisa tem como objetivo o estudo sobre a capacidade de simbolização em pacientes portadores de diagnóstico clínico concreto e delimitado por critérios diagnósticos específicos, e não sobre pacientes que acreditam, imaginam ou fantasiam serem portadores de SII. A experiência clínica é farta em demonstrar que pacientes costumam chegar ao consultório de um profissional de saúde afirmando ser portador de um determinado diagnóstico clínico, no entanto, frequentemente, este diagnóstico que o paciente nos apresenta como seu não se confirma, seja pela história clínica, seja pela utilização de procedimentos diagnósticos complementares.

Acompanhado do diagnóstico médico, fez-se necessário a avaliação da condição clínica do participante em relação à SII, a fim de se ter referências a respeito da intensidade, frequência e condições dos sintomas. Para isso, foi utilizado um questionário de avaliação clínica para a SII (em anexo). Essa avaliação serviu de referência para comparação da condição clínica do participante antes da intervenção psicológica, imediatamente ao fim dela, e após seis meses numa sessão de retorno.

Para a participação na pesquisa utilizando este protocolo de investigação psicológica, foram requisitos: possuir o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável, não estar usando medicação que cause sedação excessiva, e a assinatura do participante do termo de consentimento livre e esclarecido (em anexo).

A pesquisa foi realizada em local específico para atendimento clínico psicológico, em região central da cidade de São Paulo, sem qualquer ônus financeiro para o participante da pesquisa. A captação de participantes para a pesquisa foi feita a partir de um único serviço de gastroenterologia, em função da uniformidade de tratamento médico, no ambulatório Casa da Gastroenterologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com a aprovação do comitê responsável pela realização de pesquisas do respectivo local. O contato inicial com os pacientes

foi feito via telefone, e diante do interesse na pesquisa, a participação dos pacientes se deu no consultório para atendimento psicológico.

A intervenção psicológica foi estruturada em três fases: 1) psicodiagnóstico; 2) psicoterapia breve; 3) reavaliação.

1) O psicodiagnóstico foi estruturado em até cinco encontros, com duração de aproximadamente 50 minutos cada, em datas e horários acertados entre o pesquisador e o participante, onde foram utilizados técnicas e instrumentos psicológicos, assim administrados: 1º a 4º Encontro – entrevista semi-dirigida; 5º. Encontro - teste projetivo (TAT).

A entrevista semi-dirigida teve como objetivo obter uma compreensão da história de vida do participante e de dados biográficos, constituindo um marco referencial onde a problemática atual se enquadra e ganha significação (CUNHA, 2000).

O SISDAO (Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado) foi obtido a partir dos dados da entrevista semi-dirigida, o qual forneceu o diagnóstico adaptativo do participante, a situação-problema nuclear, o prognóstico e o número de sessões de psicoterapia a serem realizadas.

O teste projetivo escolhido foi o Teste de Apercepção Temática (TAT) (MURRAY, 1995). A utilização da aplicação do TAT permite um mergulho no universo psíquico abarcando não só o seu mundo interno, mas também o ambiente que lhe cerca, sem que o mesmo possa ter consciência e/ou controle de suas respostas. O TAT permite uma manifestação específica, onde a vigilância do ego sobre o inconsciente afrouxa-se, como nos sonhos, nas parapraxias, lapsos de linguagem que servem para mostrar conteúdos inconscientes que podem ser geradores de conflitos (SILVA, 1984). Dessa forma, o teste evoca fantasias que revelam tendências inconscientes reprimidas, que através de processos de simbolização, são projetadas nas lâminas. O processo de criação de histórias no TAT acontece a partir dos estímulos visuais que compõem as imagens nas pranchas, nas quais o participante deve conferir sentidos, elaborar acontecimentos e personagens dotados de intenções, vontades e necessidades. A passagem da imagem de tinta da prancha para a elaboração de uma história, com personagens, acontecimentos e sentidos, é mediada pelo processo de simbolização, tal qual como definido no presente trabalho. Esta escolha do teste projetivo vem ao encontro da necessidade de ir além do material colhido nas entrevistas e poder captar o funcionamento psíquico através da aplicação de um teste que se propõe a um exame mais profundo da personalidade (PRADO, 2004).

A administração do TAT se deu conforme o modelo de Bellak (1979). Ele utiliza um procedimento reduzido, utilizando no máximo 12 lâminas. Segundo este autor, ao utilizar esse número de lâminas, poupa-se tempo por poder aplicar o teste em um único encontro, além de que, com essa quantidade de lâminas, já é o suficiente para obter o material psicológico do paciente. Mas para que a aplicação reduzida atinja seus objetivos, ou seja, menos lâminas porém com material suficiente, Bellak coloca que é necessário a utilização de 9 lâminas pré-estabelecidas, que são capazes de investigar todas as relações humanas básicas. Para os homens são: 1, 2, 3RH, 4, 6RH, 7RH, 11, 12H e 13HF; para as mulheres são: 1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, e 12HF. A utilização da prancha 3RH também para as mulheres se justifica, segundo o autor, por empiricamente funcionar para ambos os sexos e por possibilitar histórias mais ricas do que a sua equivalente feminina, a 3MF (BELLAK, 1979).

Além dessas 9 lâminas pré-estabelecidas, Bellak sugere a utilização de no máximo mais 3 lâminas específicas com o que se pretende investigar. A partir do objetivo da investigação, elegeu-se essas lâminas extras segundo os aspectos que são mobilizados por elas. Como a pesquisa pretende investigar, além das relações humanas básicas, a capacidade de simbolização e a relação do participante com sua doença, elegemos as seguintes lâminas extras: 15, 16 e 19. Os aspectos mobilizados pelas pranchas seguem conforme colocado por Silva (1989). A lâmina 15 evoca a relação com a morte, perda, luto, culpa; a 16, em branco, mobiliza o participante a projetar-se totalmente em sua resposta, em geral revelando as necessidades mais prementes do participante e sua capacidade criativa; a 19 convida a fantasia, e conteúdos relativos à necessidade de proteção e amparo são frequentes.

Dessa forma, a aplicação das pranchas do TAT seguiu a seguinte administração: homens: 1, 2, 3RH, 4, 6RH, 7RH, 11, 12H, 13 HF, 15, 16, 19; mulheres: 1, 2, 3RH, 4, 6MF, 7MF, 9MF, 11, 12HF, 15, 16, 19.

As instruções utilizadas por Bellak para a administração do TAT seguem as de Murray (1994). O inquérito, no entanto, é feito ao final da administração do teste, e não após cada lâmina. A justificativa é de que, caso fosse feito o inquérito após cada lâmina, o material pré-consciente se faria consciente e interferiria no resto da aplicação.

As análises de todas as aplicações de TAT foram submetidas a apreciação de um psicólogo externo, que atuou como juiz das análises.

2) A psicoterapia breve seguiu o modelo da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO). O número de sessões foi estabelecido pelo SISDAO, com duração de 50 minutos, uma vez por semana, em horários combinados entre pesquisador e participante. A intervenção foi focada na situação-problema nuclear, com abstenção do uso da associação livre em função de uma atenção seletiva referente às situações-problemas, utilização da interpretação teorizada e evitação da neurose de transferência. Deu-se ênfase as questões significativas (ver abaixo em forma de análise dos resultados) e aos aspectos da síndrome (sintomas, vivências, sentimentos, significados). Com o término da psicoterapia breve, foi realizada uma nova avaliação do quadro clínico referente à SII para se verificar a sintomatologia logo após a intervenção psicoterapêutica.

3) Na fase de retorno, após nove meses do início da participação na pesquisa, sendo seis meses após o psicoterapia breve, foi realizado um encontro, sendo realizada uma nova avaliação do quadro clínico do participante em relação a SII, e uma nova aplicação do TAT, conforme especificado acima, a fim de comparar com os resultados do teste na fase psicodiagnóstico, permitindo averiguar a evolução e condição clínica do participante após a intervenção psicológica - se ainda apresentava sintomas somáticos, de que forma, frequência e intensidade, como se apresentava a capacidade de simbolização - com o objetivo de verificar as repercussões da mesma no quadro clínico do participante com Síndrome do Intestino Irritável.

5.1. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

A entrevista semi-dirigida teve como objetivo fornecer dados para analisar a história de vida do participante, suas condições de vida e acontecimentos significativos. Serviu para contextualizar os dados da análise dos participantes.

No SISDAO, a análise dos dados da entrevista semi-dirigida se deu através de uma compreensão adaptativa e psicodinâmica. Procurou-se identificar os setores de adaptação (Afetivo-Relacional, Produtividade, Orgânico, Sócio-Cultural) que apresentavam situações-problemas e verificar se há conexões entre as situações-problemas de um setor com outros, e se houver, qual é a nuclear. Concomitante, obteve-se uma compreensão psicodinâmica dos fatores

internos e dinamismos psíquicos operantes que fazem parte da constituição da personalidade. Através do encadeamento adaptativo-psicodinâmico, pode-se ter uma visão de conjunto do funcionamento mental do paciente nos pontos em que surgem inadequações (SIMON, 2005). Dessa forma, teve-se o diagnóstico adaptativo, destacando a situação-problema nuclear e um prognóstico e número de sessões necessárias para a psicoterapia.

O TAT tem como objetivo verificar a dinâmica psíquica do participante, com ênfase em como a capacidade de simbolização se apresenta. Para auxiliar a análise do TAT com o que a pesquisa se propõe, foram estabelecidas três categorias de análise: questões significativas, integração do ego, e simbolização.

- Questões significativas: questões que possuem grande impacto na dinâmica psíquica do paciente.
- Integração do ego: coesão das características egóicas, mantida pela habilidade de tolerar a angústia. Será analisada pela capacidade de realização de tarefas, resolução de conflitos, mecanismos de defesa e ansiedade.
- Simbolização: como se apresenta a capacidade de simbolização, através da produção de sentidos, abstração, adição de elementos e afetividade. Como a capacidade de simbolização se mantém diante das questões significativas, assim como o resultado da interferência pela integração do ego.

A perspectiva adotada nessa pesquisa sobre como surge o comprometimento da capacidade de simbolização é a apresentada por McDougall (1996), na qual, diante de um afeto intolerável para o ego, que leva, portanto, à diminuição de sua integração, ele recorre a um mecanismo de defesa para sobreviver psiquicamente, no qual promove a exclusão do psiquismo de representações, fantasias e pensamentos relacionados ao afeto intolerável. A capacidade de simbolização foi analisada a partir das categorias acima descritas, tendo a história de vida do participante como pano de fundo. Os participantes seriam considerados com comprometimento na capacidade de simbolização se em suas histórias apresentassem uma forma de funcionamento psíquico com o pensamento descritivo, sem produção de sentidos, voltado para o mundo externo e para a situação presente sem conseguir pensar além do que se apresenta, utilizando resoluções de conflito insuficientes ou ausentes, com poucas ou sem referências afetivas, com relações afetivas dependentes ou solitárias, utilização de mecanismos de defesa primitivos, e, principalmente, dificuldade na elaboração psíquica da angústia e prejuízo de integração do ego..

É importante ressaltar que o resultado de dificuldade na capacidade de simbolização não foi descritivo, mas analítico, ou seja, ele foi obtido a partir de um psicodiagnóstico, composto por entrevistas semi-dirigidas, teste projetivo e SISDAO.

Os resultados da aplicação do teste projetivo na fase de retorno (final) foram comparados com os da fase de psicodiagnóstico (inicial), entre um mesmo participante, utilizando as categorias de análise acima descritas. Foi verificado a SISDAO e examinadas as condições clínicas dos participantes antes da intervenção psicológica, logo após (obtendo assim o impacto subsequente da intervenção no quadro clínico do paciente) e após seis meses para se verificar a continuidade dos resultados e a evolução da condição clínica dos participantes em relação à intervenção psicológica. Assim, foram verificadas as repercussões da intervenção psicológica na dinâmica psíquica dos participantes e em seu quadro clínico. Foram consideradas como favoráveis aos objetivos da pesquisa se 1) a capacidade de simbolização em relação as questões significativas no teste final se apresentar com menos comprometimentos, sendo verificada através da comparação do teste final com o teste inicial; 2) houver melhoras nos sintomas e na avaliação clínica do participante em relação a SII, sendo feita a comparação entre a avaliação clínica antes da intervenção psicológica, após a psicoterapia breve e um final após seis meses da intervenção.

5.2. ANÁLISE DOS ASPECTOS ÉTICOS

Neste estudo foi realizada uma investigação clínica que atendeu aos requisitos descritos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que aborda procedimentos referentes às pesquisas que envolvem seres humanos.

A participação dos pacientes se deu a partir do termo de consentimento livre e esclarecido, que além de ser apresentado para o participante, foi explicado item por item para assegurar o entendimento do mesmo. Em todo o processo, foi assegurado o sigilo de sua identificação na pesquisa. Iniciada a participação na pesquisa, foram asseguradas ao participante a realização e conclusão. O participante pôde desistir de sua participação na pesquisa em qualquer momento caso

ele desejasse. A pesquisa não ofereceu riscos à saúde do participante. Foi garantido que na eventualidade de algum desconforto emocional, este seria trabalhado no próprio encontro, pelo pesquisador, de forma que o participante tivesse o suporte necessário.

6. RESULTADOS

6.1. PARTICIPANTE 1: FERNANDA

Nome: Fernanda (fictício)	Idade: 42 anos	Sexo: feminino
Estado civil: casada	Filhos: 0	Ocupação: desempregada

6.1.1. HISTÓRIA PREGRESSA

Fernanda, 42, natural da cidade de São Paulo, casada, é a quarta filha de cinco irmãos (o irmão é nove anos mais velho, as irmãs são oito e dois anos mais velhas, e a mais nova tem dois anos a menos que Fernanda), de uma família de baixa renda. Relata ter sintomas de SII há oito anos, tendo sido diagnosticado há dois, quando então começou o tratamento. Muito ligada à família, preocupa-se bastante com ela, sendo umas das principais causas de ansiedade de Fernanda.

Ela perdeu a mãe quando tinha seis anos, por uma hemorragia meníngea. A mãe era tida como o pilar da casa e após o seu falecimento, o irmão e as duas irmãs mais velhas se mudaram, ficando em casa apenas Fernanda e a sua irmã que é dois anos mais nova. Seu pai passava o dia fora, trabalhando. *"Ele era carinhoso, menos quando bebia"*, o que devia ocorria com frequência visto que ela fala que seu pai era alcoólatra. Fernanda foi tirada da escola pelo pai e obrigada a cuidar da casa e da irmã mais nova, porém não sabia como fazer e, por não saber cozinhar, passava fome. Aprendeu aos poucos com a vizinha que lhe falava através do muro, pois o pai não deixava as filhas terem contato com ninguém. Fernanda lembra com tristeza de sua infância, pela perda da mãe, afastamento das irmãs, o pai alcoólatra *"eu não tive infância, eu tinha que cuidar da casa e da minha irmã"*. Fala do pai de forma amável, citando como prova de amor quando ele rejeitou o pedido de uma vizinha para adotar as filhas.

A adolescência é relatada como tendo sido um período difícil. "*Ninguém me explicou nada, ninguém me orientou, nem as coisas de mocinha, eu ficava perdida; foi um período de muita dúvida que eu não quero voltar*". Quando menstruou pela primeira vez, achou que tinha

machucado; ao falar com sua tia e com a irmã mais velhas, elas debocharam da Fernanda, fazendo com que ela se sentisse magoada. Somente aos doze anos conseguiu estudar com regularidade, e, para pagar o uniforme e os materiais que precisava na escola, começou a trabalhar na casa de uma professora. Estudava, trabalhava, cuidava de casa e da irmã mais nova, sem tempo para diversão e amizades. A amiga que recorda desse período culpou Fernanda quando a mãe dela encontrou alguns cigarros, "*eu me senti injustiçada, usada, acho que depois disso eu passei a ter problemas para confiar nos outros, até hoje*". Gostaria de ter tido mais orientação nesse período e mais espaço, pois o pai "*prendia muito, não deixava sair*". Um período de muitas dúvidas em relação a amizades, trabalho, estudos e sexualidade, com muitas responsabilidades e pouca diversão. Cuidando da irmã mais nova como se fosse sua filha, e sendo tratada por ela como se fosse sua mãe, Fernanda havia jurado para si que não deixaria sua irmã mais nova passar pelas dificuldades que passou.

Seu primeiro relacionamento amoroso foi aos vinte e dois anos, sendo marcado pela violência na qual Fernanda foi submetida, trazendo uma situação de estupro pelo namorado quando ela não quis ter relações sexuais, sendo essa a sua primeira experiência sexual. "*Eu fiquei deprimida, não queria nem mais amizade com homens, fiquei assim por anos*". Seu segundo relacionamento aos vinte e oito anos foi também difícil, marcado pela traição do namorado. Por fim conheceu seu marido aos vinte e nove anos, está casada com ele até hoje e se diz feliz. Ele é pedreiro e baiano, mesma profissão e origem do pai de Fernanda. É alegre, generoso, amoroso, assim como Fernanda fala a respeito de seu pai. É explosivo assim como seu pai. Sobre, a relação, ela diz "*ele não cede e eu tenho que ceder, quase não tem discussão pois entramos em acordo*". Não possuem filhos pois ele é infértil, desde o diagnóstico ele apresenta impotência e ejaculação precoce. Após vários anos na fila de espera para inseminação artificial, quando chegou sua vez disseram que ela já estava velha. Sofreu por isso, mas diz que hoje lida melhor. O marido não aceita adoção. Teve depressão logo após o casamento, com a mudança de casa, a pressão do trabalho para pagar as contas com o marido desempregado, a adaptação a uma nova vida. Seu pai faleceu há sete anos, o que a abalou profundamente e teve grande dificuldade em aceitar a perda, *"demorei para aceitar, eu não conseguia nem falar, mas hoje eu já consigo; sinto muita falta"*.

As principais relações afetivas, além do marido, são suas irmãs (perdeu o contato com o irmão). Trata a mais nova como se fosse mãe dela, relatando as vezes que ficava acordada esperando a irmã chegar em casa, "*sofri para cortar o cordão umbilical e cair na real de que ela não é minha filha"*. Se algo acontece com alguma irmã, e segundo ela com frequência algum problema acontece e chega a ela, Fernanda fica ansiosa, "*eu me preocupo muito com as minhas*

irmãs, fico muito nervosa se algo acontece com elas, chego a ficar dias sem dormir de tanta preocupação". Diz que prefere sofrer do que vê-las sofrendo, sentindo-se responsável por elas, e por vezes, deixa de comprar coisas para si para poder ajudar alguma irmã, como quando desistiu de comprar um carro para ajudar uma delas em necessidades financeiras. Contudo, sente-se injustiçada e abandonada por elas, como quando retirou um tumor no esôfago e não recebeu visita, *"eu ajudo todo mundo mas ninguém me ajuda, depois da cirurgia comecei a mudar, fiquei muito decepcionada pois ninguém foi me visitar"*. O irmão é afastado e tem pouco contato. As poucas amigas que teve se afastaram, principalmente após seu casamento, e se sente decepcionada com elas. Sai apenas para ir para a igreja.

Tem gastrite desde os dezoito anos, que eventualmente retorna. Relata que teve inflamação no duodeno aos vinte e seis, hipertensão aos vinte e nove. Tem refluxo e retirou um tumor no esôfago há dois anos. Por conta do tumor, parou de trabalhar para cuidar da sua saúde há oito meses. Há oito anos diz que tem sintomas gastrointestinais, sendo diagnosticada com SII há dois anos. Semanalmente tinha crises de diarreia, e após ficava alguns dias sem evacuar; com o tratamento médico, as diarreias diminuíram, ocorrendo quinzenalmente e por vezes mensalmente. As dores abdominais são frequentes e continuam mesmo após o tratamento médico. Percebe que a ansiedade "solta o intestino" e aumenta as dores; o que ocorre com frequência em função da preocupação com suas irmãs.

Antes da intervenção psicológica, a intensidade das dores era forte, ocorrendo a cada dois ou três dias, com frequência única de evacuações diárias, e quando entrava em crise, as evacuações diárias passavam para duas ou três por alguns dias. No momento não passava por crise, e o formato das fezes era do tipo 3 - similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que é considerado ótimo (EVERITT, 2010).

6.1.2. COMPREENSÃO ADAPTATIVA

Afetivo-Relacional

Fernanda é muito apegada à família, de tal forma que toma a responsabilidade do bem-estar das irmãs para si, preferindo "sofrer no lugar delas se pudesse escolher". Perde noites de sono

preocupada com os problemas que surgem com as irmãs, o que ocorre com frequência, sendo constante encontrar-se ansiosa. Sente que se doa muito mas se ressente por perceber que suas irmãs não se preocupam com ela tanto quanto gostaria. Sempre teve poucas amizades, e diz ter dificuldade de relacionamento por não confiar nas pessoas. As poucas amigas que conseguiu fazer se afastaram conforme foram casando e após seu próprio casamento foi se vendo distante das amigas. Fernanda ficou decepcionada com elas quando seu pai faleceu e não foram visitá-la; hoje sente falta de ter amizades.

Relata boa relação com o marido, colocando ele como amoroso e alegre. Atualmente ele está menos carinhoso do que costumava a ser. Em virtude da infertilidade do marido, ele desenvolveu impotência e ejaculação precoce após o diagnóstico. O fato de não poderem ter filhos abalou muito a ambos.

Produtividade

Fernanda não está trabalhando atualmente. Há oito meses parou de trabalhar por conta de sua saúde e desde então se dedica a ela. Desde que começou a trabalhar quando mais jovem se acostumou a estar com alguma ocupação produtiva. Este estado de desocupação a incomoda bastante, o que torna sua condição e independência financeira comprometidas.

Orgânico

Relata um histórico de doenças como gastrite, inflamação do duodeno, hipertensão, refluxo, tumor no esôfago. Há oito anos relata sintomas gastrointestinais, sendo diagnosticada com SII há dois anos. Após o início do tratamento médico as evacuações diminuíram, mas as dores abdominais continuam frequentes. A ansiedade piora os sintomas, aumentando a frequência de evacuações e aumentando a intensidade das dores.

Sócio-Cultural

Sua principal referência sócio-cultural atualmente é a igreja, onde frequenta com regularidade e estabelece contatos com os frequentadores, mas nenhum significativo. Deixou de ir em eventos sociais por conta dos problemas intestinais e limitações alimentares, o que lhe causa insatisfação. Apresenta aceitação às regras sociais, não praticando contravenções as leis.

6.1.3. DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO

Setor	Adequação	
Afetivo-relacional	1 – Pouquíssima adequada	O contato com as irmãs é próximo, mas não é gratificante pois Fernanda sente-se responsável por elas assumindo problemas que não lhe dizem respeito. A preocupação com elas a coloca em conflito. O investimento afetivo não é recíproco, causando-lhe ressentimentos. Possui boa relação com o marido, mas sente que ele está menos carinhoso. A impotência impede o desejo de ter filhos, o que lhe causa insatisfação. Não possui amizades próximas e sente muita falta das que teve.
Produtividade	0.5 – Pouquíssima adequada	Não está trabalhando por conta de seus problemas de saúde, causando-lhe insatisfação por ter-se acostumada desde há muito tempo a ter uma ocupação produtiva, e traz conflito por impedir sua independência financeira.
Orgânico	Pouquíssima adequada	Síndrome do Intestino Irritável, dores abdominais, gastrite, tratamento para refluxo e do tumor de esôfago
Sócio-cultural	Pouco adequada	Frequenta apenas a igreja, sem estabelecer contatos significativos. Deixou de sair para eventos sociais por conta de suas limitações alimentares. Aceitação às regras sociais e às leis.

Diagnóstico: ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE – GRUPO 5; Crise postergada por perda

6.1.4. ANÁLISE DO TAT INICIAL

Questões significativas

O conteúdo mental mais recorrente é o conflito decorrente da repressão de seus impulsos, ocorrendo principalmente pela submissão dos seus desejos em função de obrigações assumidas com seus familiares, acompanhadas pelo medo da perda dos objetos de amor. Sua família, quando aparece de uma forma real, é restritiva, exigente e importante fonte de conflitos; em contraste, a fantasia de família é dela como unida, feliz e acolhedora. Há conflitos no relacionamento amoroso e a relação sexual é algo desejável, porém aparece como sendo forçada ou surge de forma invasiva.

Integração do ego

Fernanda apresenta uma fraca integração do ego, em parte pela intensa repressão de seus impulsos que, junto com o uso da racionalização, interfere em sua capacidade de realização de tarefas, tornando-as mecânicas e por vezes confusas quanto às tomadas de decisões. Verifica-se elevado nível de ansiedade e, quando a repressão não é suficiente para manter a integração do ego, apela à fantasia e por vezes a despersonalização como forma de resolução de conflitos, quando recorre a imagem de uma família unida e feliz, onde Fernanda pode se refugiar pois todos estarão juntos e todos os males serão recompensados.

Simbolização

Fernanda apresenta um pensamento predominantemente concreto e descritivo, com dificuldade em expressar sua afetividade, fundamentalmente pela excessiva repressão de seus impulsos e um ego frágil em manter seu nível de integração. A afetividade apresentada gira por um lado em torno do medo da perda do objeto de amor, separação, solidão; por outro em torno do desejo de acolhimento, cumplicidade, união familiar. A repressão de seus instintos se intensifica a ponto de levar ao comprometimento da capacidade de simbolização, que quando se desenvolve, a temática gira em torno da sua problemática relação familiar, de forma que a simbolização é utilizada para expressar sua ansiedade.

6.1.5. COMPREENSÃO PSICODINÂMICA

A morte da mãe da Fernanda, quanto ela tinha quatro anos, desencadeou uma série de mudanças em sua vida. Sua mãe era tida como o "pilar" da família e com seu falecimento, a família se desagregou, o irmão e irmãs mais velhas foram saindo de casa, restando Fernanda, sua irmã mais nova e seu pai. Aquilo que Fernanda conhecia como família se desfez. Não obstante à perda da mãe, ela foi obrigada a assumir a responsabilidade que antes era de sua mãe, de cuidar da casa e da irmã mais nova, porém sem recursos para lidar com tais situações. Foi retirada da escola que tanto gostava, impedida de sair de casa, teve de abrir mão de sua infância e de seus desejos. Sem oportunidade para ser acolhida em seu sofrimento com a perda da mãe, o luto precisou dar lugar a responsabilidade, na qual Fernanda enfrentava o desamparo, impotência e a solidão.

O luto pela morte da mãe não pôde ser realizado e no lugar da falta da mãe, Fernanda se colocou no lugar dela. Precisou abrir mão de si para suportar o abandono de ser uma criança de seis anos desamparada, com fome, confinada numa casa com obrigações e deveres de adulto. Não pôde ser criança, adolescente, mulher, nem mãe.

No TAT, o conflito entre os impulsos e obrigações foi recorrente e a repressão foi intensa e constante. Quando a repressão não consegue conter a angústia decorrente desse conflito, Fernanda apela para a fantasia de uma família unida e feliz, na qual seus esforços para conter os seus impulsos seriam justificados. A responsabilidade para uma família unida e feliz é assumida mesmo à custa da diminuição da integração do ego, recorrendo a defesas mais primitivas como a despersonalização e a fantasia.

Se o desejo era de uma família unida e feliz, a realidade se mostrava diferente, com seus membros saindo de casa, constituindo outras famílias e enfrentando dificuldades. Quanto mais a Fernanda percebia o afastamento de suas irmãs, maior era a sua angústia pois se dava conta do vazio afetivo de sua vida. Assim, mais intensamente ela se apegava a fantasia dessa família, mesmo que para isso ela se sacrificasse como pessoa por ser assim que aprendeu como viver, na falta de objetos bons internalizados que a suprisse e a acalmesse, desesperando-se com o vazio afetivo. Desesperada, ela tentava viver o sofrimento das suas irmãs por não suportar viver a própria dor.

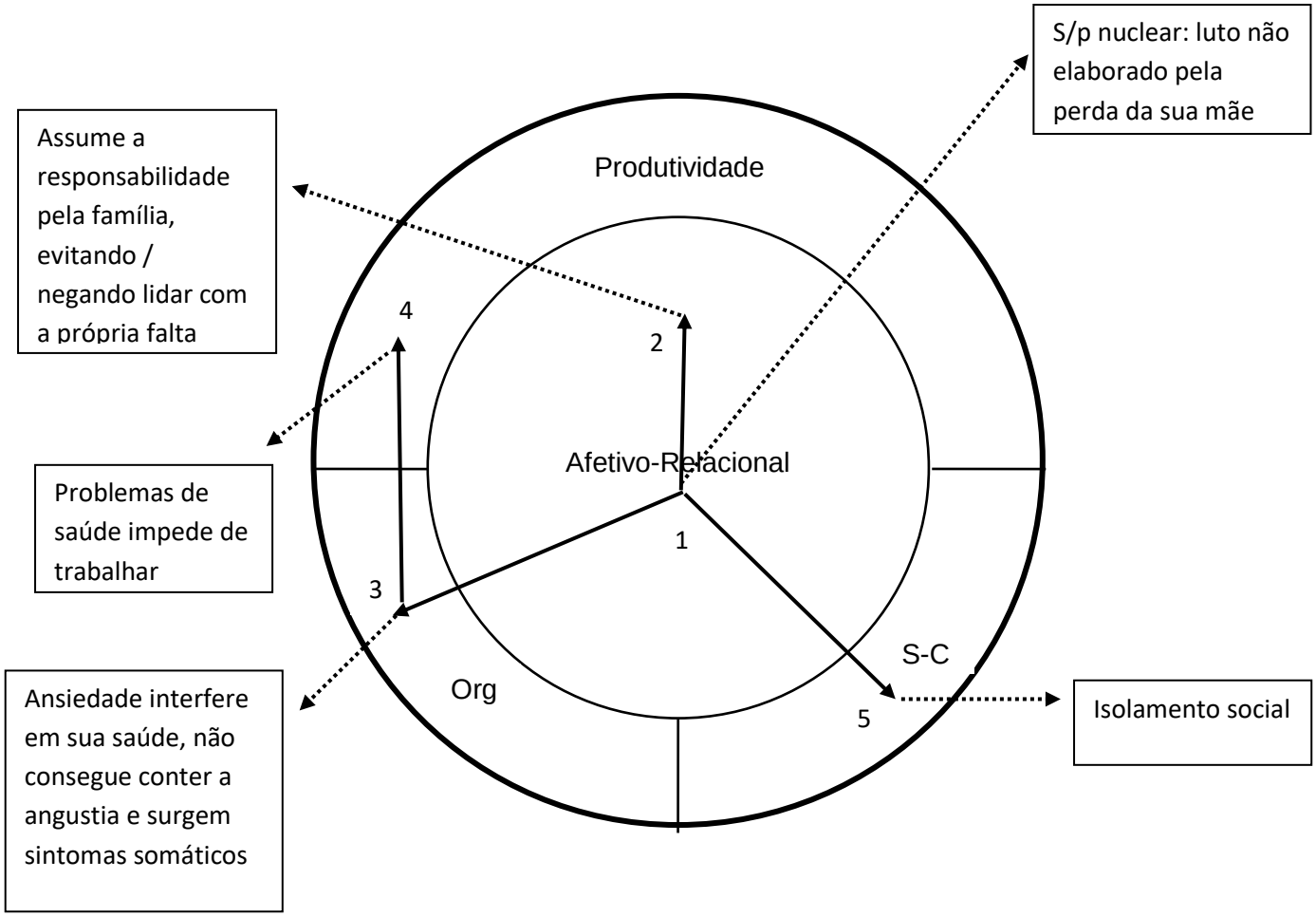
As irmãs, por suas vezes, não correspondiam às expectativas de Fernanda, tanto no que se refere a partilhar essa fantasia de família tal qual Fernanda criou, como em retribuir a dedicação

que ela empregava. Exige eterna gratidão das irmãs em nome dos sacrifícios que teria feito para cuidar da família. Se Fernanda fazia mais do que lhe cabia para ajudar as irmãs, sentindo-se responsável, elas se comportavam como omissas. A conta afetiva foi feita para não fechar nunca, Fernanda sempre dava mais do que recebia com a fantasia de que assim, as irmãs nunca a abandonariam, por estarem sempre em débito, contudo não funcionou.

Há dois anos, após o evento do abandono pós-cirúrgico, o conflito entre o afastamento afetivo em relação às suas irmãs e a fantasia de família unida e feliz ficou mais proeminente. Assim, ela teve de enfrentar de forma mais consciente de que a fantasia que ela passou a vida, após a morte de sua mãe, tentando manter não se sustenta diante da realidade. O desejo de receber cuidados, atenção e gratificação se fez mais evidente com a percepção do afastamento de suas irmãs, o que a remonta à experiência da perda de sua mãe. Este estado de receber cuidados, característico do funcionamento parassimpático, possivelmente a levou a um hiperfuncionamento intestinal, expressando pelo corpo sua depressão. Dessa forma, temos Fernanda numa condição psicológica mais comprometida, tornando-se um fator psicológico importante que compõe o quadro emocional no qual ocorrem as manifestações de sintomas somáticos. Não obstante, há dois anos foi diagnosticada com SII.

O conflito entre a realidade e o desejo de uma família unida e feliz, tal como ela havia experimentado antes da morte da mãe, acompanhou Fernanda ao longo de sua vida, assim como a contensão de seus impulsos em função de responsabilidades que ela assumiu com a perda materna. A ansiedade da perda dos objetos representados por suas irmãs e da fantasia de família foi o motor de toda essa dinâmica que teve origem com a morte de sua mãe, sendo constante e intensa, chegando ao ponto de diminuir a integração egóica e levar à despersonalização, conforme apresentado no TAT. Apresenta, portanto, elevado nível de ansiedade, relatando histórico de depressão, insônia, bem como gastrite, hipertensão, inflamação do duodeno, refluxo e SII, patologias que apresentam um fundo emocional importante e os sintomas são influenciados pela ansiedade.

Matriz gráfica



Encadeamento adaptativo-psicodinâmico

Legendas:

f/e: fator externo f/Oi: fator objetal interno

f/t: fator tensional f/d: fator defensivo

Passos	Sit./probl.	Solução	Conjectura psicodinâmica
1 A-R	Sua mãe falece (f/e→--) e o luto pela perda não teve espaço para ser elaborado (f/Oi→-), pois logo em seguida seus irmãos saem de casa (f/e→--), seu pai a retira do contato com o mundo externo para ela cuidar de casa e da irmã mais nova (f/e→--).	Desiste de sua infância, adolescência e grande parte de sua vida particular para cuidar de casa e da irmã mais nova.	O luto pela morte da mãe não pôde ser elaborado. Sem oportunidade para ser acolhida em seu sofrimento, o luto foi substituído pelo assumir responsabilidades, no qual Fernanda abre mão de sua condição de filha e ocupa o lugar da mãe como forma de lidar com a perda. Constrói uma fantasia de família unida e feliz para contrapor à realidade
2 A-R	Responsabilidade pela família (f/Oi→+) para não lidar com a própria falta, às custas de si própria (f/Oi→-), contendo suas pulsões em função das obrigações (f/t<)x(f/d>).	Envolve-se nos problemas das irmãs, procurando soluções e sofrendo por elas. Deixa sua vida pessoal em segundo plano.	Tenta-se ocupar da dor do outro por não suportar viver a própria dor (vazio da perda da mãe, da família, da infância, adolescência e vida particular). Responsabiliza-se pelas irmãs para que elas não a abandonem, para não

			reviver o sentimento de abandono quando da morte da mãe. Fantasia de família unida e feliz como forma de justificar seus esforços pessoais e evitar entrar em contato com todos os lutos não vividos referentes ás perdas das fases de sua vida.
3 Or	A ansiedade interfere em sua saúde (f/t>)x(f/d<). Depressão, insônia, bem como de gastrite, hipertensão, inflamação do duodeno, refluxo e SII.	Busca por auxílio em serviços de saúde.	O desejo de receber cuidados, atenção e gratificação se fez mais evidente com a percepção do afastamento de suas irmãs, o que a remonta à experiência da perda de sua mãe. Este estado de receber cuidados, possivelmente a levou a um hiperfuncionamento intestinal, expressando pelo corpo sua depressão.
4 Pr	Os problemas de saúde impedem de trabalhar(f/Oi→-)	Fica sem trabalhar para cuidar da saúde	Estado de fragilidade egóica impede o funcionamento produtivo. Desejo de ser cuidada
5 S-C	Isolamento social quando criança e experiências ruins quando adolescente (f/e→-)	Desconfiança com as pessoas. Afastamento de relações sociais.	Isolamento social como forma de defesa contra frustrações.

6.1.6. PLANEJAMENTO DA PBO

A situação-problema nuclear a ser tratada junto à Fernanda é o luto não elaborado pela morte de sua mãe, para que ela possa viver o luto, chorar a perda, entender-se filha na família e irmã de suas irmãs. Será trabalhado o sentimento de abandono em decorrência dessa morte e com isso, a desconstrução da fantasia de que se Fernanda se dedicar com tudo de si às irmãs, ela nunca mais vai ser abandonada. Por esse caminho, no qual o foco vai sendo deslocado de sua família para a própria Fernanda, desconstruindo a responsabilidade excessivamente atribuída a ela mesma e aumentando uma pela própria pessoa, espera-se ter um fortalecimento do ego e de seus limites. Assim, haverá possibilidade de resgatar os objetos internos bons, que poderão ajudá-la a enfrentar a elaboração do luto e o sentimento de abandono.

Retomando o papel de filha, pode então retomar a própria vida e responsabilizar-se por si, o que permitiria com que Fernanda se autorizasse a dar mais vazão aos seus impulsos por sentir-se menos obrigada a contê-los em função da responsabilidade assumida pela sua família. Com isso, espera-se que a capacidade de simbolização em relação a perda de sua mãe e aos seus impulsos internos possa resultar numa menor intensidade de seu estado de tensão emocional, estado este que se expressa pelo corpo através de sintomas orgânicos modulando o quadro da SII.

Tendo em vista o diagnóstico de adaptação ineficaz severa, pela crise postergada por perda, pela situação-problema se concentrar no setor A-R e apresentar situações problemas consequentes nos outros setores, foi-se estabelecido o número de doze sessões.

6.1.7. HIPÓTESE PROGNÓSTICA

O luto não elaborado por sua mãe fez com que Fernanda negasse a morte dela assumindo seu lugar, configurando uma crise postergada por perda. Assume a responsabilidade por suas irmãs, ao custo de sacrifícios pessoais, para tentar se assegurar de que ela não vá ser abandonada

novamente. A adequação no setor A-R é pouquíssima adequada. No setor Pr, Fernanda encontra-se desempregada, situação bastante incômoda para ela após ter passado boa parte de sua vida em alguma atividade produtiva e sem a sua independência financeira; portanto, a adequação nesse setor é pouquíssima adequada. Com esses níveis de adequação em tais setores, Fernanda encontra-se no grupo 5, adaptação ineficaz grave.

Analisando o ambiente da Fernanda, verifica-se irmãs que a dedicação de Fernanda não resulta num retorno afetivo esperado, contudo possuem boa relação com ela e o peso maior dessa problemática recai sobre as expectativas. Sente o marido menos carinhoso, com impotência e ejaculação precoce após o diagnóstico de infertilidade, o que torna a culpa pela traição de seu pai menos penosa, tornando-o um marido "ideal" em função da culpa, porém um marido problemático no que diz respeito à sua vida particular. Atualmente Fernanda não está trabalhando após tanto tempo tendo alguma atividade produtiva, porém restabelecida de seus problemas de saúde poderá voltar a trabalhar; não passa necessidades apesar da restrição econômica.

O ambiente, representando os fatores externos de Fernanda, é desfavorável, porém o que compromete mais são os fatores internos. Dessa forma, o fator ambiental é -1, o que lhe confere um fator constitutivo -2, subgrupo 5b. Seu prognóstico intragrupal é relativamente mediano, com relação com o ambiente de dependência mediana.

6.1.8. EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE

Com as entrevistas semi-dirigidas, Fernanda pôde reviver várias situações em que a responsabilidade que assumia pelas suas irmãs era forte e colocava-a numa condição de sofrimento, mesmo que de fato ela não coubesse a ela ou tivesse possibilidade de controle algum. Quanto menos controle ela percebia que tinha diante dessas situações, maior o sofrimento em função do senso de responsabilidade. A porta de entrada para a intervenção se deu pela via do sofrimento, de forma que através do retorno a eventos de vida ela pudesse se dar conta de como se sentia diante das situações que envolviam suas irmãs e familiares. Assim, Fernanda pôde perceber como ficava angustiada com os problemas das irmãs, passando noites sem dormir pensando em

formas de ajudá-las, da ansiedade que a colocava num constante estado de tensão para a resolução dos problemas delas. Ela disse que já havia percebido como a preocupação com as irmãs a deixava angustiada, porém não tinha se dado conta da dimensão que isso tomava na sua vida, conscientizando disso então.

Fernanda fez associações entre as experiências angustiantes relacionadas com as irmãs e as manifestações vívidas de tensão e piora dos sintomas. "*Eu fiquei tão preocupada [com a irmã] que passei quase uma semana sem dormir direito e eu ia várias vezes ao banheiro e com muita dor*". A tensão emocional se expressava pela via psicológica colocando-a num estado de ansiedade, e pela via corporal influenciava influenciava a manifestação dos sintomas. O reconhecimento claro dessa associação consolidou o sentido de um atendimento psicológico para Fernanda em decorrência da SII.

Foi possível para Fernanda retomar a perda de sua mãe e perceber as consequências psicológicas e emocionais de forma consciente, num espaço de acolhimento e suporte. Pôde sentir e expressar a perda, a sensação de vazio. Diante da morte da mãe, viu que estava perdendo também a família, e a saída de casa do irmão das irmãs mais velhas reforçou essa ideia. Não tinha ninguém que cuidasse dela e a amparasse nesse momento tão difícil de sua vida. O retorno a esses acontecimentos de vida e a possibilidade de expressão dos sentimentos a eles associados, num contexto terapêutico, permitiu o início da elaboração do luto pela mãe. Ela pôde chorar pela sua morte, ver-se desamparada diante desse sofrimento e enfrentar tal situação, agora com melhores condições e num contexto de suporte oferecido pela psicoterapia. O trabalho terapêutico seguiu por esse caminho

Situações de vida passaram a serem vistas pela Fernanda a partir de uma nova perspectiva, na qual o papel de mãe se contrapunha ao papel de irmã e de filha. Permitiu-se, então, questionar a responsabilidade assumida diante das irmãs, se de fato ela tinha tantas obrigações e se cabia a ela a resolução dos problemas pessoais delas. Viu o quanto se dedicara a elas por todos esses anos, das coisas que abandonou, dos bens que se desfez, dos compromissos que cancelou, dos sofrimentos e desgastes pelos quais passou, desenvolvendo uma percepção interna (insight) expressada em sua fala: "*eu deixei de viver a minha própria vida para viver a delas*".

A obrigação de assegurar o bem-estar das irmãs às custas de si própria perdia força. Iniciou um movimento interno na Fernanda para se expressar mais, saindo de uma posição amplamente passiva para colocar-se mais nas relações, seja para fazer valer alguma convicção, seja para negar solicitações que não lhe dizem respeito. Ela começou a se afastar um pouco das irmãs, diminuindo

o contato e não se envolvendo nos problemas delas, e quando era envolvida, passou a respeitar o seu tempo em vez de fazer no delas. Nas palavras dela: "*preciso viver a minha vida e me preocupar menos com as minhas irmãs*". Esse afastamento ocorreu sem o incremento da ansiedade, o que reforça que Fernanda se autorizou a desocupar o papel de responsável pela família unida e feliz tal qual sua fantasia.

As alterações na dinâmica psíquica de Fernanda pelo processo de luto pela mãe, que configurava a situação-problema nuclear, trouxeram mudanças importantes para o seu quadro psicológico. Conforme foi abstendo-se do compromisso de ocupar o lugar da mãe, a excessiva responsabilidade atribuída a ela mesma pelo cuidado das irmãs foi atenuando. A tensão decorrente de preocupações constantes e intensas relativas às irmãs foi diminuindo. Com um ego mais fortalecido, o foco de seus investimentos pessoais voltou-se para si, resgatando objetos internos bons que permitiram enfrentar o sentimento de abandono. Com isso, Fernanda pôde lidar melhor com as situações de conflito assim como dar vazão de forma mais eficiente às tensões psicológicas. Ao longo da psicoterapia, com o trabalho terapêutico focado na situação-problema nuclear, houve importante diminuição da ansiedade na Fernanda.

Com a tensão emocional tendo melhor elaboração psicológica, pela promoção da capacidade de simbolização, a expressão dessa tensão pelo corpo foi aliviando, e Fernanda passou a relatar melhoras nos sintomas da SII, sendo menos frequentes e com menos intensidade. Antes da psicoterapia, a intensidade das dores era forte, ocorrendo a cada dois ou três dias, com evacuações de duas a três vezes por dia. Ao final da psicoterapia, a intensidade das dores caiu para moderada, a cada dois ou três dias, e as frequência das crises caíram bastante, ocorrendo muito esporadicamente e com evacuações diárias únicas. Demonstrava ansiedade em função do término da psicoterapia e o formato das fezes era do tipo 5 - bolhas suaves e com bordas nítidas, de fácil expulsão, o que é considerada com tendência de diarreia ou urgência para evacuação (EVERITT, 2010).

Vale ressaltar que as mudanças psicológicas, que acompanharam a melhora no quadro clínico da SII, fizeram parte de um processo que se iniciou com a psicoterapia breve. Ainda se esquiva eventualmente de falar sobre a perda da mãe e, apesar de ter diminuído a preocupação com as irmãs, ainda é presente. As relações com elas e o marido estão se alterando e demandam novas adaptações. O nível adaptativo melhorou em relação ao setor A-R, que passou de pouquíssimo adequado para adequado, na medida em que a relação com as irmãs tornou-se mais satisfatória para Fernanda e os conflitos, apesar de existirem, diminuíram. Com isso, sua

classificação diagnóstica no SISDAO passou de adaptação ineficaz grave (grupo 5) para moderada (grupo 3).

6.1.9. RETORNO

Na sessão de retorno, após seis meses, Fernanda diz que a relação com as irmãs mudou, referindo-se que não mais se preocupa tanto como antigamente, não fica intrometendo nos assuntos delas e até evita situações em que sente que elas estariam se aproveitando de forma abusiva. Respeita os seus compromissos e seu tempo, de forma que quando solicitada pelas irmãs, as atende se for compatível com sua disponibilidade. Nas suas palavras: "*livrei da responsabilidade de cuidar de todo mundo e agora estou cuidando de mim*". Os ganhos que Fernanda teve com a psicoterapia prolongou-se após o seu término, num processo que se iniciou e continuou seu desenvolvimento mesmo após o fim da psicoterapia. A relação com as irmãs estava mais tranquila, com menos conflitos e mais satisfação, e no que se refere a elas Fernanda demonstrava uma melhor adaptação.

Conseguiu um emprego na área de recursos humanos, onde se sentia produtiva e satisfeita, dedicando-se a ele e conseguindo prover suas necessidades pessoais. Esse emprego representou um grande ganho em termos adaptativos.

O desenvolvimento psicológico e a melhora no nível adaptativo foram expressos por Fernanda como "*sinto que estou diferente, consigo me expor mais, estou mais confiante, me levo mais em consideração, eu até voltei a sorrir, coisa que eu acho que não fazia há muito tempo*". Seu sono melhorou, assim como seu humor e disposição.

A relação com seu marido, no entanto, tornou-se um importante problema. Já não se sentia feliz, mas presa, sem espaço. Um mês após o término da psicoterapia, Fernanda descobriu que seu marido tinha uma amante. Traída e humilhada, ela decide terminar o casamento e o expulsa de casa. Ele, no entanto, não aceita assinar o divórcio, apesar de ter deixado de morar com ela. Um mês depois que ele saiu de casa, sofreu um acidente de trabalho e seu chefe o levou para a casa de Fernanda, pois diante do fato de que não havia mais outro contato na cidade, entenderam que ali

ele seria cuidado visto que ele precisaria de alguns meses de recuperação. Fernanda comovida com a situação do que ela chamava então de ex-marido, permitiu que ele ficasse em casa, em outro quarto, porém não se dedicava aos cuidados dele em função de seu emprego e de sua disposição. Ele a maltratava e fazia exigências, sendo agressivo com ela. Fernanda, porém, não se submeteu e disse que a porta de casa estava aberta para ele sair, pois não iria tolerar esse comportamento dele. Isso fez com que ele melhorasse o trato com ela, de modo que eles não se falavam mais, mas ele permaneceu na casa. Ela passava o dia fora trabalhando, e quando chegava em casa continuava a se dedicar ao seu trabalho. O pai do ex-marido, que morava em outra cidade, veio para cuidar dele.

Foram tempos difíceis, em que Fernanda se sentia bastante incomodada com a presença de seu ex-marido em sua casa. O término do casamento estava bem resolvido para ela e dizia que não tinha a menor vontade de reatar. O seu desejo era forte de expulsá-lo de casa, porém sentia-se desumana se o colocasse para fora daquele jeito nas condições que ele se encontrava. Esse conflito entre o seu desejo e sua responsabilidade de cuidar foi bastante intenso, colocando-a num estado de forte tensão psicológica. Ela relatou que até então os sintomas da SII tinham melhorado, tendo passado um período sem sentir dor e com evacuação regular e única. Porém, diante desse contexto conflituoso, os sintomas pioraram, as dores voltaram assim como as crises de diarreia. Uma informação importante é de que, conforme Fernanda relatou, a gravidade dos sintomas era menor do que ela costumava ter antes da psicoterapia; as dores já não eram mais tão fortes e as crises de diarreia não eram tão intensas. Já não precisava mais ter a responsabilidade por manter uma fantasia de família unida e feliz a custas de si mesma. Isso demonstra que os ganhos com a psicoterapia lhe conferiram uma melhor integração do ego e capacidade de simbolização, de modo que as tensões ocorriam numa melhor condição psicológica e mesmo em situações importantes de crise os fatores psicológicos não contribuíam para agravar tanto os sintomas como ocorria anteriormente.

Na ocasião do retorno, já havia uma previsão de que em breve o ex-marido iria estar recuperado e sairia de casa, o que lhe trazia esperança e um pouco de alívio para seu conflito. Os sintomas da SII já estavam melhores, de modo que a intensidade das dores era fraca, ocorrendo a cada cinco dias, a frequência das evacuações diárias era única, e o formato das fezes era do tipo 3 – similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que é considerado ótimo (EVERITT, 2010).

6.1.10. ANÁLISE DO TAT FINAL

Questões significativas

O desejo de mudança vem acompanhado com a insatisfação com a presente situação de vida, marcada pela presença de seu ex-marido em seu ambiente doméstico, que a leva a um conflito entre a impulsividade e a repressão. A perspectiva de mudança vem acompanhada de incertezas e inseguranças, mas mesmo assim há determinação para enfrentá-las. Há processo de luto em andamento pela perda da mãe e a relação familiar ainda aparece idealizada, porém com menos conflitos e de forma menos impactante na dinâmica mental em comparação com a aplicação anterior. O trabalho é utilizado como fuga do conflito da relação com o ex-marido.

Integração do ego

Apresenta ainda um ego fraco com dificuldades em manter a sua integração, porém tem maior consciência a respeito de sua condição e possui desejo de mudança que leva a um crescimento, mesmo que acompanhado de insegurança, o que demonstra um fortalecimento do ego em relação a aplicação anterior. Diante dos conflitos, em especial referentes à relação com o marido, a participante se utiliza dos mecanismos de defesa da fuga, idealização, repressão e negação, e quando ocorre uso intenso da repressão leva à diminuição da integração do ego e aumento da ansiedade, fazendo com que a realização de tarefas e a resolução de conflitos fiquem comprometidas.

Simbolização

Fernanda ainda apresenta predomínio de pensamento concreto, descritivo e com dificuldade de expressar afetividade, com repressão de seus instintos. O tema da família, apresentado predominantemente de forma idealizada, não é mais tão desorganizador da integração do ego como na primeira aplicação nem gerador de tanta ansiedade, o que demonstra que esse tema foi melhor simbolizado dentro da dinâmica psíquica. A capacidade de simbolização, portanto, continua comprometida, porém no que se refere ao tema da família, tal capacidade teve maior desenvolvimento.

6.1.11. PARECER FINAL

No psicodiagnóstico inicial, Fernanda demonstrava uma capacidade de simbolização predominantemente fraca, com pensamento concreto, descritivo e com dificuldade de expressar seus afetos, fundamentalmente pela excessiva repressão de seus impulsos e um ego frágil em manter a sua integração. As questões referentes à família tinham um grande impacto na sua organização psíquica. A repressão de seus instintos se intensificava a ponto de levar ao comprometimento da capacidade de simbolização, que quando se desenvolvia, a temática girava em torno da sua problemática relação familiar, de forma que a simbolização era utilizada para expressar sua ansiedade. No psicodiagnóstico final, Fernanda ainda apresentava uma capacidade de simbolização comprometida, em função de um ego frágil em manter a sua organização. Porém, as questões referentes à família já não tinham mais o potencial de desorganização na integração do ego como anteriormente. Este, por sua vez, apresentou maior fortalecimento em relação à aplicação anterior, com maior consciência das condições e desejo de mudança que leva a um crescimento. A relação com o ex-marido passou a se configurar como a questão de maior angústia, com a situação na qual ele voltou a morar na mesma casa que a Fernanda mesmo estando separados e numa relação conflituosa, assim o conflito entre os impulsos e a repressão apresentou-se mais evidente. Porém, este conflito é menos intenso do que o relacionado às questões de família na primeira aplicação, ocorrendo numa melhor condição psicológica.

A capacidade de simbolização na Fernanda é comprometida pela fragilidade do ego em manter a sua integração. No que diz respeito às questões significativas que mais tinham impacto na dinâmica psíquica e comprometiam a capacidade de simbolização, as relacionadas à família, Fernanda apresentou uma melhor elaboração, que pode ser visto tanto no TAT como no decorrer da psicoterapia breve e sessão de retorno, demonstrando enfrentamento e soluções mais adequadas. Dessa forma, a psicoterapia proporcionou a promoção da capacidade de simbolização das questões significativas referentes à família.

A condição clínica da SII, sem estar em crise psicológica ou na ausência de situações mais estressantes, antes da psicoterapia, demonstrava dores com intensidade forte, ocorrendo a cada dois ou três dias, com frequência de evacuações de uma vez por dia, e quando entrava em crise, as evacuações diárias passavam para duas ou três por alguns dias. No momento não passava por crise, e o formato das fezes era do tipo 3 - similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que

é considerado ótimo (EVERITT, 2010). Imediatamente após a psicoterapia, a intensidade das dores caiu para moderada, a cada dois ou três dias, e as frequência das crises caíram bastante, ocorrendo muito esporadicamente. Demonstrava ansiedade em função do término da psicoterapia e o formato das fezes era do tipo 5 - bolhas suaves e com bordas nítidas, de fácil expulsão, o que é considerada com tendência de diarreia ou urgência em defecar. Após seis meses da psicoterapia, a intensidade das dores era fraca, ocorrendo a cada cinco dias, a frequência das evacuações era de uma vez por dia, e o formato das fezes era do tipo 3 – similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que é considerado ótimo.

A promoção da capacidade de simbolização das questões significativas para Fernanda, que no caso refere-se à família e elaboração do luto da mãe, através da PBO, foi acompanhada pela melhora no quadro clínico da SII. Mesmo diante de uma nova situação de importante conflito para Fernanda, que foi o retorno de seu ex-marido à casa, ocasião em que os sintomas da SII que antes estavam melhores pioraram, a gravidade foi menor do que costumava apresentar antes dessa situação e até antes da psicoterapia, além de lidar de uma forma melhor com a situação.

6.2. PARTICIPANTE 2: IARA

Nome: Iara (fictício)	Idade: 56 anos	Sexo: feminino
Estado civil: divorciada	Filhos: 1	Ocupação: profissional liberal

6.2.1. HISTÓRIA PREGRESSA

Iara, 56 anos, paulistana, separada, é a terceira filha de cinco irmãos. Desde criança possui problemas intestinais de constipação com crises de diarreia, e há seis anos passou a apresentar diarreia recorrente, sendo diagnosticada com SII há quatro. Ela traz em sua história de vida

problemas de relacionamento com sua família que configuram como principal fonte de perturbação, sendo comum a intensificação dos sintomas da SII como consequência dos conflitos familiares.

Os problemas de seu relacionamento com a família remontam à sua própria gestação. Iara conta que sua mãe rejeitou a gravidez e o bebê quando esta nasceu, motivada em parte pela relação conflituosa com seu marido, como a descoberta de um caso extraconjugal durante a gravidez e consequente saída dele de casa que perdurou por toda a gestação. Contudo, seus pais voltaram a morar juntos e tiveram mais três filhos, num total de cinco: a mais velha tem quatro anos a mais que Iara, a segunda tem dois anos a mais, a quarta é três anos mais nova e o mais novo nasceu cinco anos após Iara. A mãe emprestava os cuidados dos filhos para eles mesmos, de forma que os mais velhos cuidavam dos mais novos, escutando dela "*toma, esse nenê é seu*"; assim foi com Iara quando ela nasceu, e assim ela escutou quando sua terceira irmã nasceu.

O relato em referência à mãe ocorre pela relação de rejeição a Iara e apego desta a ela. Apesar da rejeição pela mãe desde o nascimento, segundo o que seus irmãos contam, Iara "*era muito apegada a ela e a cada três palavras que dizia, duas eram mamãe*". Iara fala a partir do relato dos irmãos, pois até antes dos seus quatorze anos, ela não consegue falar sobre a sua mãe. Aos quatorze anos, "*minhas irmãs mais velhas saíram de casa, então eu passei a ser a filha mais velha em casa e aí a minha mãe teve que me ensinar a cozinhar, cuidar de casa, e assim eu me aproximei mais dela*". Já o pai foi ausente, e quando presente era agressivo com as filhas, não gostando de ser perturbado e agredindo sem motivos aparentes, o que causava sentimento de injustiça. Nas palavras de Iara, ele possuía "*comportamento inadequado perante as mulheres*", referindo-se aos casos extraconjugais e constantes flertes com outras mulheres.

Iara não consegue falar sobre sua mãe nem de si, fala de sua história a partir dos outros. Em suas palavras: "*eu não lembro de mim, lembro dos meus irmãos e o que eles dizem*". Era com eles que ela tinha uma relação de maior proximidade. Ela diz que nunca suportou ver um irmão sendo injustiçado, o que ocorria nas agressões causadas pelo pai, e diante dos conflitos "*fazia tudo sozinha para evitar brigas*", assim intervia nas situações mesmo quando não lhe diziam respeito, comportamento que ela reproduz até com pessoas desconhecidas. Apesar dos conflitos, Iara afirma que sua infância e adolescência foram agradáveis pelos relatos a partir da memória com os irmãos.

Ela teve vários relacionamentos rápidos durante a adolescência até que aos vinte e um anos conheceu aquele que se tornou seu marido, João. Iara diz que "*não era apaixonada, mas ele estava sempre por perto*" e por isso ela aceitou o pedido de casamento, aos vinte e quatro anos. Iara afirma

que foi feliz no início até o nascimento do filho, Ricardo, após dois anos de casados. Ela passou a se dedicar ao filho e se afastou do marido: *"ou eu cuidava do Ricardo ou cuidava dele (João)"*. Seu casamento entrou em deterioração, com brigas constantes, agressões físicas e mal tratos. Segundo ela, o marido começou a fazer como seu pai fazia, passando o dia fora de casa, sendo distante e quando presente era agressivo, além de se envolver com outras mulheres. Separaram após doze anos de casados. Desde então, há vinte anos, não mais se relacionou amorosamente, "*não tive mais interesse por ninguém*". Apesar de separados, o ex-marido manteve contato com a mãe e a segunda irmã de Iara. Ele continuou a frequentar a casa da mãe de Iara, que sempre o defendeu e continuou a apoiá-lo mesmo às custas da própria filha. Ela expressa que "*eu sinto um peso, um nó na garganta e um desconforto no estômago com isso, me sinto afrontada e traída pela minha mãe e pela minha irmã*".

A relação com os familiares sempre foi conturbada, com várias brigas, rompimentos e retomadas. Os conflitos são relatados contendo situações de injustiça e exploração por parte dos familiares (pais, irmãos, tios) para com Iara; porém, por mais ofensivos que eles tenham sido, logo em seguida ela agia como se nada tivesse acontecido. Ela reproduz a fala do filho, em que ele diz que ela *"não tem moral, pois briga e depois é como se não tivesse acontecido nada, pode fazer o que for que depois passa"*.

Atualmente, ela mora sozinha (seu filho casou e mora em outra cidade) e recebe um auxílio financeiro do pai, em troca de ajudá-lo com os negócios da nova imobiliária que ele abriu após a separação com a mãe de Iara. Foi uma solução para se afastar da mãe e ainda manter a sua sobrevivência, pois até então ela retirava seus rendimentos trabalhando na imobiliária da mãe. Contudo, sua condição financeira a deixa ansiosa pois passa por dificuldades financeiras, não possui um emprego e depende exclusivamente desse auxílio que recebe do pai.

Iara relata que desde a infância possui problemas de motilidade intestinal. Quando era criança e ficava aborrecida diante de discussões e brigas com alguém da família, apresentava constipação intestinal que, segundo ela, chegava a ponto de não conseguir andar. Porém, se o aborrecimento era muito intenso, entrava em crise na qual evacuava e vomitava até desfalecer. Ela diz que nessas situações de crise tem *"receio de perder a mão de mim, de ficar na dependência de outro, não poder cuidar de mim mesma"*. No início da fase adulta, durante um breve período de dois anos em que teve mais autonomia em relação à família e se preocupava mais consigo em função de seus estudos e trabalho, relata que seu intestino tinha um funcionamento "normal"; após esse período, os problemas intestinais voltaram. Há seis anos Iara passou a apresentar um funcionamento intestinal exclusivamente diarreico, que frequentemente a impede de sair de casa

e lhe impõe limitações. Na ocasião, há seis anos, a mãe havia alugado um espaço no nome da Iara, segundo ela, sem informá-la da operação, transformou num brechó e colocou Iara para trabalhar, sozinha, mas dividindo os lucros com a mãe e sua segunda irmã. Iara, sentindo-se explorada, relata, "*eu me dediquei de corpo e alma, mas eu fazia tudo sozinha e ainda tinha que dividir com elas*". Há quatro anos foi atendida no ambulatório de gastroenterologia da UNIFESP e teve o diagnóstico de SII do tipo diarreico. Diz que há dois anos rompeu a relação com sua mãe por descobrir que ela não havia pago um dinheiro e deixara Iara passando necessidade e desde então relata que os sintomas da SII pioraram. Ao expressar seu sentimento, diz "*eu me dedicava a ela e ela me deixou passar necessidade, eu me sentia um lixo, uma escrava, mas mesmo me destratando, eu continuava a fazer tudo por ela, eu faço tudo pelos outros, mas não fazem nada por mim*"; por fim, expressa num momento de *insight "eu sempre quis ser aceita"*. Iara encontrou apoio com os amigos, tomando-os como "*a família que não teve*".

Ela conta sobre os acontecimentos de sua vida de modo bastante detalhista e extenuante, por vezes se perdendo no seu discurso. Apresentando culpa pela sua indignação com seus familiares, em especial a mãe, procura sempre justificar os seus relatos, as suas ações e seus sentimentos, gastando bastante tempo e energia nesse processo para chegar no objetivo do seu discurso.

A condição clínica da SII antes da psicoterapia era de dores abdominais com intensidade moderada, ocorrendo a cada cinco dias, com frequência de evacuações diárias de quatro vezes e formato das fezes tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias, o que é considerado ótimo (EVERITT, 2010).

6.2.2. COMPREENSÃO ADAPTATIVA

Afetivo-relacional

Traz um sentimento de rejeição pela mãe; na tentativa de ser aceita, submete-se a situações de exploração. Iara possui uma relação conflituosa com os seus familiares, com vivências de

situações de injustiça e exploração por parte deles. Desde seu divórcio, não teve mais interesse em relacionamento amoroso. Seu filho casou e se mudou para outra cidade. Atualmente mora sozinha. O apoio social que possui vem de amigos, com quem diz ter uma relação “familiar”.

Produtividade

Após romper com a mãe e sair de negócios em comum na qual sentia-se explorada, passou a ajudar o pai em alguns trabalhos no negócio dele, em troca de um auxílio financeiro. Passa por dificuldades financeiras, não tem emprego formal e depende desse auxílio para sobreviver.

Orgânico

Possui o diagnóstico de SII do tipo diarreico há quatro anos, evacuando quatro vezes por dia e com dores abdominais de intensidade moderada, que frequentemente lhe impõe limitações, como ver-se impedida de sair de casa. Quando aborrecida, os sintomas pioram.

Socio-Cultural

Apresenta aceitação às regras sociais, não praticando contravenções nem prejuízos à ordem e estrutura pública. Não frequenta instituições religiosas. Participa de eventos sociais com os amigos.

6.2.3. DIAGNÓSTICO ADAPTATIVO

Setor	Adequação	
Afetivo-relacional	1- Pouquíssima adequada	Sente-se rejeitada pela mãe, e para ser aceita submete-se a situações de exploração. Quando ressentida, ataca o objeto que a rejeitou, surgindo a culpa e ao mesmo tempo necessidade de gratificação. Relação conflituosa com os familiares. Apoio social nos amigos.
Produtividade	1- Pouquíssima adequada	Ajuda o pai no negócio dele em troca de um auxílio financeiro, o que a coloca num estado de dependência que a preocupa, pois não possui trabalho formal e passa por necessidades financeiras.
Orgânico	Pouquíssima adequada	Possui SII do tipo diarreico, que lhe causa dores abdominais e múltiplas evacuações diárias, causando desconfortos e lhe imponto limitações como ver-se incapaz de sair de casa.
Sócio-cultural	Adequado	Aceitação às regras sociais e adaptação aos valores e costumes do ambiente em que vive.

Diagnóstico: ADAPTAÇÃO INEFICAZ GRAVE – GRUPO 5

6.2.4. ANÁLISE DO TAT INICIAL

Questões significativas

As relações familiares são percebidas pela Iara como a maior fonte de conflitos, em especial na relação com a mãe. Diante de um ambiente familiar de privação afetiva e abandono materno, reage procurando sentir-se aceita para assim receber uma suposta gratificação afetiva, submetendo-se a eles. Mas como não obtém o retorno afetivo, frustra-se, sente-se injustiçada, rejeitada e deseja o rompimento dos vínculos, surgindo angústia da perda do objeto que a colocaria numa suposta situação de desamparo e medo de enfrentar a vida por si mesma. Ocorre o conflito entre o amor e ódio, entre o desejo de independência como forma de solução para os conflitos e o medo da perda do objeto de amor.

Integração do ego

Demonstra capacidade de produção de sentidos e expressão dos afetos, porém apresenta um ego frágil em manter sua integração, encontrando dificuldades na elaboração psicológica dos estímulos quando se desorganiza a ponto de não conseguir produzir sentidos, diante do conflito entre o desejo de ser aceita, que levaria a supostas gratificações afetivas, e o desejo de rompimento, que leva à angústia da perda do objeto. Apresenta traços de personalidade obsessiva, fazendo uso recorrente da supressão de seus afetos e racionalização das situações tornando-as extenuantes num mecanismo de isolamento do afeto; o uso dessas defesas se intensifica a ponto de desorganizar o ego. A fantasia é utilizada como forma de lidar com uma realidade desprazeroza. Demonstra elevado nível de ansiedade por quase todo o teste, sendo a perda do objeto de amor o elemento ansiógeno mais recorrente.

Simbolização

Iara apresenta uma capacidade de simbolização com competência para produzir sentidos, adicionar elementos e expressar afetividade, porém a simbolização passa a ser comprometida quando o conflito entre o desejo de ser aceita e o de rompimento que leva à perda do objeto de amor torna-se insuportável. O uso de defesas como a supressão dos afetos, racionalização,

isolamento do afeto, decorrente de seu funcionamento obsessivo, ocorre de forma intensa numa ineficiente tentativa de manter da integração do ego, comprometendo a simbolização. Quando tais defesas não são suficientes, o comprometimento é mais intenso, apresentando um pensamento notadamente descritivo e expressividade afetivamente vazia. Diante do elevado nível de ansiedade, tende a usar a sua fala mais para expressar a sua angústia do que para significar a sua experiência.

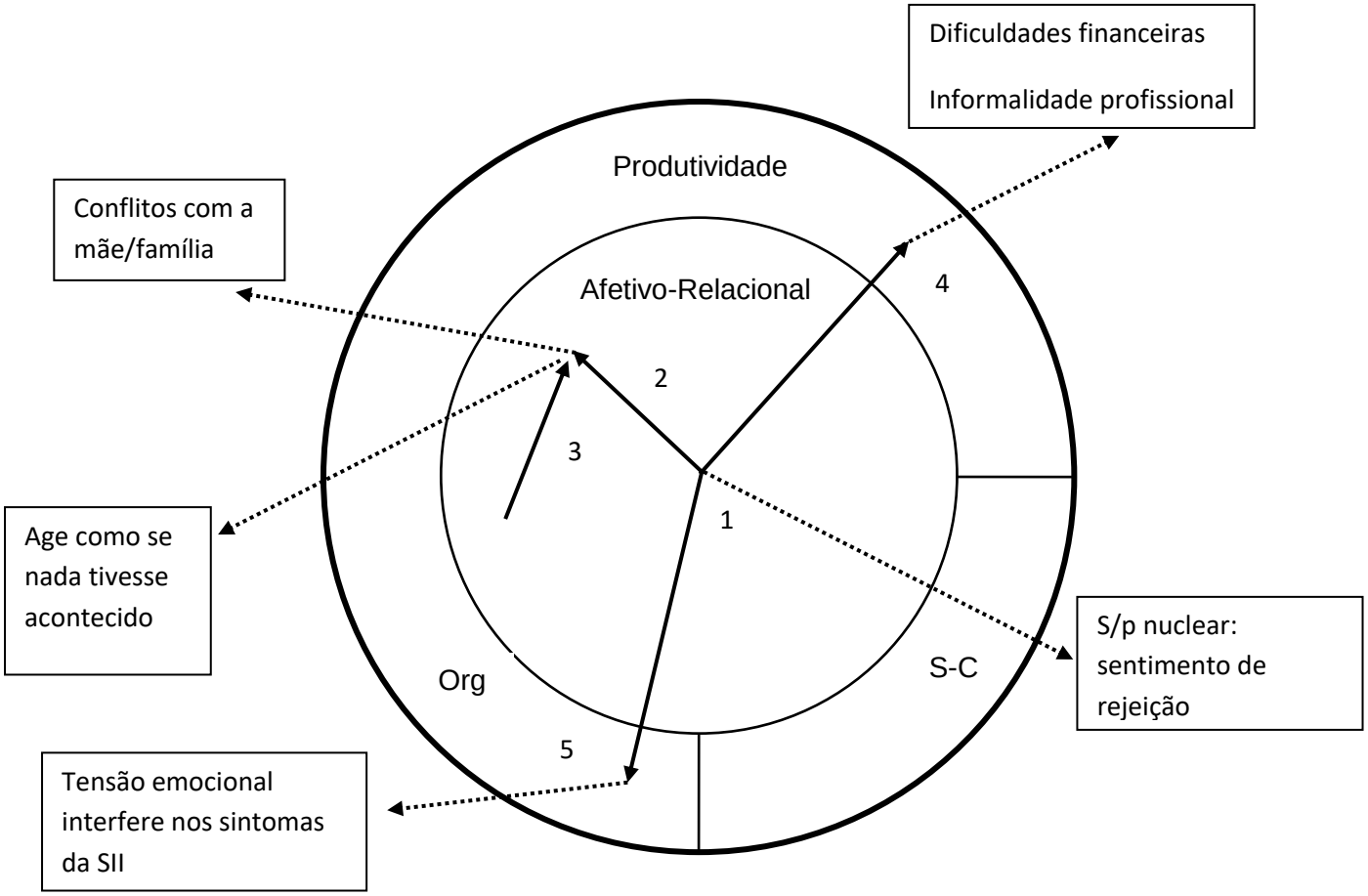
6.2.5. COMPREENSÃO PSICODINÂMICA

Iara carrega um sentimento de rejeição e um desejo de ser aceita por ter sido rejeitada por sua mãe desde antes de seu nascimento. Diante da privação afetiva e sentimento de abandono materno, procura sentir-se aceita, o que a coloca num estado de busca por ser gratificada e cuidada. Na tentativa de conseguir sentir-se aceita, submete-se à mãe em situações de exploração. Contudo, não obtém o retorno afetivo, frustrando-se e sentindo ódio pelo desprezo e abandono para com ela. Nas brigas, quando a situação de exploração ficava insustentável, Iara encontrava justificativa para expressar sua agressividade em tempo suficiente para que as defesas pudessem se restabelecer, reprimindo todo seu ódio, o desejo de ser aceita voltasse a se fazer valer e o sentimento de culpa surgia, fazendo com que Iara agisse com a mãe e outros familiares como se nada tivesse acontecido e sustentando as relações de exploração. Na infância, com a vivência de privação afetiva, a raiva reprimida a colocava num estado de constante ativação do sistema simpático, de modo que Iara apresentava constipação. Em momentos de crise com o sentimento de rejeição, em que o desejo de ser aceita tornava-se mais intenso em contraposição à privação afetiva, sua depressão expressava no corpo com a ativação do sistema parassimpático, esvaziando-se de fezes em crises de diarreia.

A percepção de que a submissão à mãe não leva à sua aceitação, e como forma de vingar-se dela, desenvolve o desejo de rompimento do vínculo. Com isso, surge a angústia da perda do objeto de amor, representado pela mãe, que a colocaria numa suposta situação de desamparo por acreditar que não conseguiria enfrentar a vida por si mesma. Nas crises de diarreia, Iara dizia ter “receio de perder a mão de si, de ficar na dependência de outro, não poder cuidar de si mesma”, expressando o medo do abandono e desamparo diante da rejeição com a perda do objeto de amor.

Há seis anos, a situação de exploração pela mãe ficou mais evidente, de modo que a submissão como tentativa para ser aceita não poderia mais ser suportada. A solução que procurava dar para enfrentar a rejeição mostrou-se inviável, e o desprezo de sua mãe precisou ser encarado de forma mais direta. O afeto, no entanto, é insuportável para Iara e assim, conforme aparece no TAT, o ego se desorganiza pela ineficiência de suas defesas e a capacidade de simbolização se compromete. Aquilo que a nível da mente se apresenta pela busca pela satisfação do desejo de receber cuidado, atenção, prazer, este estado de tensão emocional acontece ao nível do corpo pela ocorrência de hiperatividade intestinal. Como a capacidade de simbolização do que ocorre no nível da mente está comprometida, o concomitante emocional no corpo permanece cronificado, com as diarreias e dores abdominais. Há dois anos, com o rompimento da relação com a mãe, essa tensão emocional se intensificou, manifestando pela via do corpo através da piora dos sintomas da SII.

Matriz gráfica



Encadeamento adaptativo-psicodinâmico

Legendas:

f/e: fator externo f/Oi: fator objetal interno f/Oe: fator objetal externo

f/t: fator tensional f/d: fator defensivo

Passos	Sit./probl.	Solução	Conjectura psicodinâmica
1 A-R	Sente-se rejeitada (f/Oi→--) por sua mãe a ter rejeitado desde antes do nascimento (f/Oe→--).	O desejo de ser aceita faz com que se submeta a situações de exploração	O sentimento de rejeição faz com que surja o desejo de ser aceita, que a coloca num estado de busca por ser gratificada e cuidada. Na tentativa de conseguir sentir-se aceita, submete-se à mãe e outros familiares.
2 A-R	Conflitos com a mãe e familiares (f/e→-), expressando agressividade (f/t>)x(f/d<) pois não tem o retorno afetivo esperado.	Revolta-se contra a mãe e familiares, brigando com elas e rompendo relações.	O ódio pela rejeição encontra justificativa para ser expressado em função da insustentabilidade das situações de exploração, direcionando-o para a mãe e familiares.
3 A-R	Age como se os conflitos com a mãe e familiares não tivesse acontecido (f/t<)x(f/d>) e retoma a relação tal como anteriormente (f/e→-) .	Repressão do ódio, anulação dos conflitos e retorno às situações de exploração.	A angústia da perda do objeto de amor torna-se insuportável, reforçada pela suposição de desamparo por acreditar que não conseguiria enfrentar a vida por si mesma. Assim, reprime o ódio e anula os

			conflitos, retornando à busca por sentir-se aceita e submetendo-se às situações de exploração.
4 Pr	Após o rompimento com a mãe (f/Oe→-), passa a ajudar o pai no negócio dele (f/Oe→+) em troca de um auxílio financeiro, entrando numa informalidade profissional e passando por dificuldades financeiras (f/e→--)	Submete-se a situações de trabalho desfavoráveis as quais passa por dificuldades financeiras.	Diante do fracasso na tentativa de ser aceita pela mãe, e para se vingar dela, passa a tentar ser aceita pelo pai, submetendo-se a condições de trabalho desfavoráveis e dificuldades financeiras, reproduzindo o funcionamento de busca de aceitação pela submissão.
5 Or	A tensão emocional interfere nos sintomas da SII	Limitações, como ser impedida de sair de casa. Busca por auxílio nos serviços de saúde.	O estado de tensão emocional gerado pela insatisfação do desejo ser gratificada e cuidada acontece ao nível do corpo pela ocorrência de hiperatividade intestinal, onde expressa pelo corpo sua depressão. Porém, com o comprometimento da capacidade de simbolização do que ocorre no nível da mente, o concomitante emocional no corpo permanece cronificado, interferindo nos sintomas da SII.

6.2.6. PLANEJAMENTO DA PBO

A situação-problema nuclear é o sentimento de rejeição que Iara carrega consigo, que a coloca numa busca por ser aceita e assim ser gratificada e cuidada, e para tal, submete-se a situações de exploração por sua mãe e outros familiares.

A psicoterapia irá tratar com Iara a partir das situações de exploração, sobre como ela se coloca nessas situações, o caráter desigual dessas relações, as expectativas que cria e o retorno afetivo da mãe e familiares. Assim, evidenciando a relação de exploração num contexto de acolhimento e suporte, o ego possa se fortalecer ante o sentimento de culpa por expressar a raiva, dar espaço para tal e ser acolhida em sua expressão.

Será trabalhado o sentimento de rejeição e com isso a desconstrução da fantasia de que se Iara se dedicar em se submeter aos familiares para atender às suas vontades ela irá ser aceita por eles. Com isso, espera-se melhorar a capacidade de simbolização referente à situação-problema nuclear, resgatar e fortalecer objetos internos bons que poderão ajudá-la a construir uma melhor aceitação interna rumo à independência em relação aos familiares, através do estabelecimento de soluções mais adequadas. Isso poderá resultar num estado de menor tensão emocional em função de uma capacidade de simbolização mais eficiente em relação aos conteúdos mentais envolvidos.

Tendo em vista o diagnóstico de adaptação ineficaz severa e pela situação-problema nuclear se concentrar no setor A-R apresentando outras consequentes nos outros setores, foi-se estabelecido o número de doze sessões.

6.2.7. HOPÓTESE PROGNÓSTICA

Com um diagnóstico adaptativo no qual as soluções no setor A-R, onde se encontra a situação-problema nuclear, são pouquíssimas adequadas, assim como as do setor Pr, Fernanda encontra-se no grupo 5, adaptação ineficaz grave.

Analisando o ambiente da Iara, temos que as relações familiares são de exploração e não atendem às suas expectativas em se sentir aceita. Passa por dificuldades financeiras, estando numa situação de trabalho informal e recebendo apenas um auxílio financeiro do pai, no qual ela é dependente. Constitui-se, portanto, um ambiente rejeitador, com fator ambiental de -2.

O fator interno é negativo, com predomínio do instinto de morte, que faz com que Iara subestime o self e se coloque em situações de exploração, tendo uma maior dependência do ambiente para seu nível adaptativo. Sendo assim, seu fator constitutivo é -2, que em conjunto com o fator ambiental de -2 coloca Iara no subgrupo 5c. Seu prognóstico intragrupal é relativamente pior, com relação com o ambiente de relativa dependência.

6.2.8. EVOLUÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE

Ao longo das entrevistas semi-dirigidas, Iara reviveu várias situações de exploração, contadas num detalhismo extenuante e repetitivo impulsionados pelo ódio reprimido e pelos seus traços obssessivos, com muitas justificativas sobre suas atitudes e sentimentos, na qual ela se colocava como vítima e carente de cuidados, para assim esvaziar seu ódio. As situações de exploração foram revisitadas na psicoterapia, porém num contexto de acolhimento em que Iara pôde ter apoio em seu sofrimento. Foi feito um trabalho de reasseguramento de que o que ela estava sentindo era legítimo, que se configuravam situações de exploração e não havia problema em expressá-lo, de forma que a culpa pelo ódio dirigido à sua mãe e familiares pôde ser brevemente aliviada. Assim, aos poucos, Iara foi se sentindo segura para se autorizar a justificar menos suas atitudes e sentimentos, expressando de forma mais clara e direta a sua raiva, *"entendi que eu posso falar, não tenho que tentar ter controle sobre tudo e sobre todos"*.

A possibilidade de expressar sua raiva foi importante para que Iara pudesse lidar com esse sentimento e, oportunamente, ser questionada sobre as situações de exploração. Assim, Iara pôde ir se dando conta de como ela mesma não só permitia mas se colocava nessas situações, aceitando a exploração, "*eu me aproximava para ajudar, mas queriam se aproveitar de mim, eu podia negar mas não negava*". Desqualificava qualquer tentativa própria de demonstração de incômodo e imposição de limites, agindo posteriormente como se nada tivesse acontecido, numa constante

busca por aceitação "*ela (irmã) me xingou e me deixou bastante machucada, toda arranhada e sangrando, mas no dia seguinte eu fui atrás dela para levar ela de carro que eu tinha prometido na consulta do ginecologista que estava marcada*". Esse questionamento possibilitou a mudança de uma posição francamente vitimista, permitindo uma abertura para Iara se ver como co-autora, assumindo parte da responsabilidade com aquilo que acontece com ela, *"comecei a me colocar mais, não deixar (a desconsideração) passar e passei a dizer não"*.

Ocorreu então que Iara começou a falar sobre histórias da sua infância, o que antes ela não conseguia. Ela se recordou de memórias nas quais sua família era unida, colaborativa e acolhedora, contrastando com a própria experiência familiar de Iara, *"eu entro numa casa que não foi a que eu fui criada, eu não reconheço mais a minha família"*. Questionada de que família ela estava falando, pois a dela contrastava com essa imagem, Iara teve o *insight* de que a sua de fato nunca foi assim, *"eles não se importavam, eu fazia de tudo achando que eu estava fazendo a minha parte, mas cada um só queria saber de si"*. Ela alimentava a fantasia de uma família na qual ela poderia ser aceita, esforçando tanto para sustentar tal fantasia ao custo de submeter-se a situações de exploração, querendo ser útil e prestativa para sua mãe e familiares, ao passo que eles não correspondiam. Dar-se conta de que eles eram hostis frustrava a expectativa de que poderia ser aceita por eles, de modo que a rejeição era o que parecia restar para ela e com a qual ela teria de enfrentar. Passou a evitar contato com a mãe e irmãs, *"tenho que deixar de pensar nelas e pensar mais em mim"*. Este afastamento foi benéfico para Iara pois diminuiu as situações de explorações, os conflitos e as recorrentes crises de relacionamento que aumentavam o estado de tensão emocional.

O exposto acima representa um resumo organizado do desenvolvimento da psicoterapia. Durante todo o processo, Iara costumava apresentar um discurso detalhadamente descritivo, de pouca capacidade simbólica e de caráter evacuativo, justificando-se para poder afirmar algo que pudesse expressar sua raiva. Era comum que tentasse mudar o foco da psicoterapia, assim como se colocar nas sessões seguintes às de *insights* ou expressões mais diretas de sua raiva como se nada tivesse acontecido, anulando tal qual fazia quando entrava em conflito direto com seus familiares. Faltou à duas sessões.

Nos momentos em que conseguia elaborar seu sentimento de rejeição e apresentar melhor capacidade de simbolização das questões significativas envolvidas, a tensão emocional aliviava e Iara relatava melhoras nos sintomas da SII. Contudo, sua fragilidade egóica desorganizava sua integração e sua capacidade de simbolização ficava comprometida. Iara apresentava semanas de menor tensão emocional e melhoras nos sintomas e outras em que eles voltavam a ficar mais graves

acompanhados do aumento da tensão emocional. Antes da psicoterapia, a intensidade das dores era moderada, ocorrendo a cada cinco dias, com frequência de evacuação diária de quatro vezes e formato das fezes tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias, o que é considerado ótimo (EVERITT, 2010). as crises de diarreia eram frequentes em que evacuava por volta de seis vezes ao dia. Ao longo da psicoterapia, seu quadro variava, hora se apresentando conforme acima descrito, hora se apresentando melhor, com as dores chegando a ter menor intensidade e frequência, as evacuações diárias chegaram a uma ou duas vezes por dia e a frequência das crises tinham diminuído. No dia da última sessão, Iara estava angustiada pois tinha brigado com seu filho pois ele a teria tratado com desconsideração, tendo uma crise na qual seu quadro sintomático se apresentou tal qual antes da psicoterapia, como numa recaída.

O nível adaptativo teve uma melhora no setor A-R. Iara se distanciou da mãe e das irmãs, o que não a satisfazia, porém com isso os conflitos com as situações de abuso cessaram e Iara achava que assim era melhor para ela. Dessa forma, o nível adaptativo passou de pouquíssimo adequado para pouco adequado. O setor Pr manteve da mesma forma. Com isso, sua classificação diagnóstica SISDAO passou de adaptação ineficaz grave (grupo 5) para ineficaz severa (grupo 4).

6.2.9. RETORNO

Na sessão de retorno, que ocorreu após seis meses, Iara relatou sentir-se melhor, "*estou me sentindo bem, mais leve, entendi que eu não preciso aceitar tudo o que os outros querem e tenho um entendimento melhor da relação com a minha família*". Ela se afastou da mãe, evitando o contato com ela e outros familiares, e isso foi possível, segundo ela, pois "*antes eu tinha o entendimento de que melhor assim do que não ter nada, mas passei a entender que devia abrir mão do que não me faz bem*", demonstrando um ego mais fortalecido para enfrentar o distanciamento dos objetos de amor em direção a maior autonomia e preservação de sua integridade.

Logo após o término da psicoterapia, Iara passou um período por volta de três semanas, na praia, em que as evacuações ficaram controladas, de uma a duas vezes por dia. Não lhe trazia impedimentos para sair nem mesmo causava desconfortos. O mesmo aconteceu em outra viagem

em que fez para visitar seu filho no interior. Sentia-se bem pois, segundo ela, "*estava relaxada, desligada daqui*". O "daqui" se referia à São Paulo e ao ambiente no qual vivenciava os problemas e decepções com sua família, que levaram ao seu afastamento para se proteger das explorações.

Posteriormente, a mãe e a irmã mais velha tentaram se reaproximar; mesmo Iara estando receosa, acabou cedendo. Na ocasião, Iara enfrentava um problema de saúde o qual não estava conseguindo ser diagnosticado, mas com a suspeita de virose, que a fazia evacuar várias vezes ao dia. O desamparo diante da sua condição de saúde foi mais difícil de suportar do que a motivação para o afastamento. Os sintomas foram melhorando até que uma nova situação de destrato ocorreu. Nas palavras dela: "*sempre foi assim, se aproximavam como se nada tivesse acontecido depois de um abuso, e eu sempre me abria; oferecem apoio mas se sentem no direito de serem grosseiras*". Num momento de desabafo, ela diz: "*não é por que oferecem ajuda que eles têm o direito de me destratar*".

As falas de Iara demonstram um ego mais fortalecido e ganho na capacidade de simbolização no que se refere à relação com sua mãe e familiares, porém o contato é conflituoso e Iara encontra dificuldade em sustentar o afastamento por sentir-se desamparada vendo-se distante deles. A tensão emocional acaba refletindo nos seus sintomas, que nas palavras dela "*os sintomas tem relação com a contrariedade, quando estou relaxada, meu intestino funciona menos*".

Iara relata que sentiu melhora nos sintomas da SII. Nas palavras dela: "*o melhor entendimento das coisas deixou as coisas mais calmas, menos confusas, as crises diminuíram e os sintomas ficaram menos frequentes*". Como tem evitado o contato com sua família, o que levou a diminuição das situações de conflitos familiares, as crises de diarreia diminuíram. Mesmo que seu quadro seja instável em função da ocorrência de eventuais crises, Iara consegue ter momentos em que os sintomas estão melhores e controláveis, o que não acontecia antes. As melhoras nos sintomas acompanharam os ganhos promovidos pela psicoterapia em relação às suas questões significativas. Vinha tendo evacuações de uma a duas vezes por dia, as dores fracas, mas eventualmente entrava em crise em que as dores ocorriam a cada cinco dias de intensidade moderada, evacuando quatro a seis vezes por dia. O formato das fezes permanece do tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias.

6.2.10. ANÁLISE DO TAT FINAL

Questões significativas

O desejo de rompimento das relações familiares é presente, em especial com a mãe, pela percepção de falta de reciprocidade afetiva. O rompimento vem acompanhado do medo de desorientação, desamparo e impotência diante do que poderia acontecer a ela, o que a leva ao desejo de acolhimento e carência afetiva. A expectativa de satisfação diante à vida aparece de forma idealizada.

Integração do ego

As relações conflituosas são encaradas de forma mais realística em relação à aceitação do desprazer e há o desejo de rompimento por reconhecer que lhe fazem mal, o que demonstra ganho da integração do ego. Porém, a angústia pela perda do objeto de amor e o sentimento de solidão são fortes e recorrentes, prejudicando a integração do ego. Os conflitos têm suas resoluções de forma idealizadas, há dificuldade em distinguir fenômenos internos e externos. Há uso da repressão, porém os impulsos sobressaem o controle quando a integração é rebaixada.

Simbolização

As histórias, de forma geral, possuem começo, meio e fim, mesmo que a resolução seja idealizada, demonstrando capacidade de produção de sentidos. Há expressão da afetividade principalmente em função das relações familiares, que agora aparecem com melhor capacidade de simbolização e balizadas pelo conflito entre o desejo de rompimento como solução para os conflitos e o sentimento de desorientação, desamparo e impotência com o afastamento dos objetos de amor, em especial a mãe. Quando os mecanismos de defesa não conseguem conter a angústia desses afetos, a integração do ego é rebaixada, a capacidade de simbolização começa a apresentar comprometimentos e os impulsos internos tornam-se angustiantes. Contudo, em comparação com a aplicação inicial do TAT, tal comprometimento é menos presente na dinâmica psíquica da Iara, que gira em torno do medo do desamparo e do sentimento de solidão.

6.2.11. PARECER FINAL

Iara apresenta uma capacidade de simbolização com competência para a elaboração psicológica de estímulo, na qual produz sentidos, adiciona elementos e expressa afetividade. Na aplicação inicial do TAT, tal capacidade era comprometida quando o conflito nas relações familiares, em especial com a mãe, entre o desejo de ser aceita e o de rompimento que leva à perda do objeto de amor torna-se insuportável, situação em que o uso intenso de defesas psíquicas é ineficiente na tentativa de manutenção da integração do ego. Após a intervenção psicológica, conforme averiguada pela aplicação final do TAT, os conflitos nas relações familiares aparecem com melhor capacidade de simbolização. Tais relações familiares passaram a ser balizadas pelo conflito entre o desejo de rompimento, por serem encaradas de forma mais realística pela aceitação do desprazer, e o medo do desamparo e impotência com o afastamento dos objetos de amor, em especial a mãe.

Houve ganho na capacidade de simbolização em relação as questões significativas iniciais que impactavam negativamente na integração do ego. Mesmo continuando a apresentar comprometimento em tal capacidade, quando os mecanismos de defesa não conseguem conter a angústia decorrente de tais afetos, é menos presente na dinâmica psíquica da Iara.

A condição clínica da SII antes da psicoterapia era de dores com intensidade moderada, ocorrendo a cada cinco dias, com frequência de evacuações diárias de quatro vezes e formato das fezes tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias, o que é considerado ótimo. Ao longo da psicoterapia, seu quadro variava para melhor, com as dores chegando a ter menor intensidade e frequência, as evacuações diárias chegaram a uma ou duas vezes por dia e a frequência das crises tinham diminuído. Crises de diarreia ocorriam eventualmente. Após seis meses da psicoterapia, Iara passou a evacuar de uma a duas vezes por dia, as dores têm sido fracas a cada cinco dias; crises ocorrem em menor frequência, esporadicamente, em que as dores passam a ter intensidade moderada, evacuando quatro a seis vezes por dia. O formato das fezes permanece do tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias.

A melhora da capacidade de simbolização em relação às questões significativas referentes ao sentimento de rejeição foi acompanhada de mudanças na gravidade dos sintomas da SII, que

passou a apresentar sintomas mais brandos e controlados e as crises diarreicas diminuíram em frequência.

7. DISCUSSÃO

A doença expressa e revela a forma de uma pessoa viver sua interação com o mundo (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Dentro de um modelo biopsicossocial, respostas psicológicas a condições de vida podem interagir com fatores somáticos existentes, alterando a susceptibilidade e influenciando o estabelecimento, severidade e desfecho da doença (ENGEL, 1977). A influência de aspectos psicológicos no processo de adoecimento, compreendendo os sintomas, comportamento e experiência de adoecimento, coloca-se em evidência nas somatizações, e falando de modo mais específico, na SII. Estresse, estado psicológico, personalidade, traumas, transtornos psicológicos, eventos e história de vida têm sido alguns desses aspectos associados às somatizações (ALEXANDER, 1950; ENGEL, 1977; LIPOSWSKY, 1986; DROSSMAN, 2009; VAN OUDENHOVE ET AL, 2010; SURDEA-BLAGA, BĂBAN, DUMITRASCU, 2012). Por esse motivo, a psicoterapia tem sido proposta como uma das formas de tratamento e conseguido resultados com eficácia (GUTHRIE ET AL, 1991; ABBASS, KISELY, & KROENKE, 2009; FORD ET AL, 2014), apesar de enfrentar a má aceitação por parte dos pacientes e dos médicos com esse tipo de prática clínica, o que tem limitada sua ampla adoção (CHEY ET AL, 2015).

Para melhor se compreender os determinantes das doenças e fornecer melhores tratamentos e atendimentos nos serviços de saúde, Engel (1977) coloca a necessidade de se levar em conta o paciente e contexto social, adotando um modelo que aborde a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa. Fatores psicológicos e sociais são determinantes também para *se* e *quando* pacientes com alterações fisiológicas ou bioquímicas chegam a ver a si ou vistos por outros como doentes, determinando também quando o paciente vai procurar os serviços de saúde, seu comportamento e experiência de adoecimento.

Na busca pela compreensão do mecanismo de formação de sintomas em Psicossomática, Rodrigues, Campos e Pardini (2010) se utilizam da percepção da doença como denúncia de uma disfunção no processo de viver (PERESTELLO, 1974), onde a instauração de um conflito capaz de gerar emoções suficientes para causar transtornos, repetida e persistentemente, pode alterar a vida celular gerando complicações no organismo (PONTES, 1974). Dessa forma, a emoção decorrente de um conflito gera um estado de tensão que terá um escoamento pela somática, expressando-se com o intuito de aliviar a tensão e assim manter a homeostase psíquica. O que a

nível dos sentimentos é medo, raiva, tristeza, alegria, fome, é expressado no corpo concomitantemente através de alterações das funções motoras, secretoras e de irrigação, coordenadas pelo sistema hipotálamo-hipófise-sistema límbico (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010).

Sobre o funcionamento mental associado às somatizações, autores de linha psicodinâmica têm desenvolvido seus trabalhos na busca de uma compreensão do psiquismo dos pacientes que somatizam. A Escola de Paris entende que a desorganização progressiva do ego leva a uma deficiência na atividade mental (MARTY & M'UZAN 1994). A insuficiência do funcionamento mental, seja pelo déficit psíquico ou pelo excesso pulsional, é colocada como elemento fundamental para a compreensão dos processos de somatização, segunda essa concepção. Em termos psicodinâmicos, as representações mentais perdem os seus componentes afetivos e simbólicos, o que são importantes para a elaboração psíquica das excitações pulsionais (MARTY, 1993). McDougall (1991), no entanto, vai entender que as representações perdem seus componentes afetivos e simbólicos não por uma carência funcional do psiquismo, mas por um mecanismo defensivo, que ela denomina de desafetação, que expulsa do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis. O psiquismo não consegue se dispor da palavra para conter as angústias nem suas excitações somáticas, assim, sem poder utilizar dos meios psíquicos na tentativa de aliviar ou suspender a tensão, ela pode se tornar um elemento desencadeante de manifestações somáticas (MCDOUGALL, 1996).

Apesar de se pautarem sob diferentes perspectivas quanto ao funcionamento mental de pacientes, como diz McDougall (1984), somatizantes, há um elemento comum em seus entendimentos que se refere ao comprometimento da capacidade de simbolização (VALENTE, 2012). A simbolização é a operação de construção de representações mentais, na qual permite que uma excitação gerada no organismo ascenda ao psiquismo e seja associada a algum afeto, criando e associando-se a diferentes representações, com o objetivo de que essa excitação atinja a sua meta pulsional e possa ser satisfeita.

O que se pode entender, portanto, nestas perspectivas, a respeito do funcionamento mental associado às somatizações, é que a capacidade de simbolização, ou seja, a construção de representações mentais para a satisfação e alívio da excitação, é afetada. O que temos é que a excitação gerada no organismo cria uma necessidade de ser satisfeita e assim aliviar o organismo de sua tensão, e para isso essa excitação terá, além de um concomitante somático, expressado pelas alterações fisiológicas correspondentes, um concomitante psíquico, no qual irá criar e associar diferentes representações mentais. Porém, diante da impossibilidade do uso da simbolização para

que as representações façam a mediação entre a excitação somática e a sua satisfação, esta excitação ficaria aprisionada no corpo, pois os meios que levam o organismo à satisfação, função essa referente às suas capacidades psíquicas, encontram-se impossibilitados. Esse aprisionamento e acúmulo das excitações no corpo poderia desencadear alterações nas funções dos órgãos, favorecendo sintomas somáticos (RODRIGUES, GASPARINI & MELLO FILHO, 1992; RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010).

A perspectiva adotada nessa pesquisa sobre como surge o comprometimento da capacidade de simbolização é a apresentada por McDougall (1996), na qual, diante de um afeto intolerável para o ego, que leva, portanto, à diminuição de sua integração, ele recorre a um mecanismo de defesa para sobreviver psiquicamente, no qual promove a exclusão do psiquismo de representações, fantasias e pensamentos relacionados ao afeto intolerável. Essa exclusão não é feita conscientemente nem transforma o conteúdo excluído em material inconsciente; o afeto é reduzido à apenas a sua expressão somática.

Poderia haver o questionamento de que uma psicoterapia convencional seria suficiente para o que se pretende, e já há uma literatura científica que advoga para os seus efeitos positivos em pacientes com SII, conforme apresentada no tópico “Psicoterapia como tratamento para pacientes com SII”. O objetivo da pesquisa não é replicar os resultados apresentados na literatura científica, mas explorar a psicoterapia para esses pacientes tendo como perspectiva uma capacidade psíquica, a da simbolização, a qual tem sido associada com as somatizações (VALENTE, 2012), promovendo, assim, um refinamento nas intervenções. Naturalmente, tal refinamento gera algumas especificidades nessa intervenção psicoterapêutica, e demonstrar quais são tais especificidades, como foram trabalhadas e suas repercussões é o que se pretendeu com a presente pesquisa.

A partir das formulações a respeito do mecanismo de formação de sintomas (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010) e do funcionamento mental associado às somatizações (ALEXANDER, 1950; MARTY, 1993; MCDOUGALL, 1996), este trabalho teve o objetivo de verificar se o atendimento clínico psicológico, baseado na técnica da PBO (Psicoterapia Breve Operacionalizada), com ênfase na promoção da capacidade de simbolização em relação a determinadas questões significativas, contribuiu para com a melhora dos sintomas no quadro clínico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável. Tais questões significativas são aquelas que possuem grande impacto na dinâmica psíquica do paciente e que estariam levando ao comprometimento da capacidade de simbolização. A forma de verificar a capacidade de simbolização e com isso poder trabalhar com ela numa psicoterapia foi através da constatação,

pelo TAT (Teste de Apercepção Temática) e SISDAO (Sistema Diagnóstico Adaptativo Operacionalizado), de questões significativas que interferiam na integração do ego, diminuindo a coesão mantida pela habilidade de tolerar a angústia, como elaboração subjetiva, atitude diante de conflitos e mecanismos de defesa, comprometendo, portanto, a simbolização das excitações referentes às questões significativas, o que contribuiria para o desencadeamento dos sintomas da SII. A intervenção, portanto, se deu em cima dessas questões significativas, que constituíam a situação-problema nuclear a ser trabalhada na psicoterapia.

Na primeira participante, Fernanda, as questões significativas referentes à família tinham grande impacto em sua dinâmica psíquica, construídas pelas responsabilidades assumidas pelo bem-estar de sua família, adotadas após a morte da mãe, fazendo com que seus impulsos fossem intensamente reprimidos, ocorrendo principalmente pela submissão dos seus desejos em função de obrigações assumidas com seus familiares, acompanhadas pelo medo da perda dos objetos de amor. Apresentou pensamentos que tendiam a ser concretos e descritivos, com dificuldade de expressão dos afetos, de forma que conseguia pouca construção de sentidos e representações mentais para os estímulos, fundamentalmente pela excessiva repressão de seus impulsos e um ego frágil em manter seu nível de integração e, por conseguinte, comprometimento da sua capacidade de simbolização.

> "*Parece uma criança chorando. Ela está agachada, encostada acho que no sofá, numa poltrona, acho. Parece que ela está bem triste. Ela pode ter tido uma discussão com alguma amiguinha, uma coleguinha... ou os pais dela não deixou ela sair para brincar. Pode estar também com saudade de alguém. Acho que os pais dela não deixaram ela sair para brincar. Ela ficou triste. Ela está agachada no chão apoiando o rosto no sofá, debruçada. Parece que está chorando. O que eu falo? Pela tristeza assim dela, que ela está bem sentida, acho que era uma coisa que ela queria muito fazer. Mas também ela pode levantar daqui e pensar que amanhã ela pode brincar. Amanhã ela pode ... sair para brincar. Não sei o que falar. É difícil essa aqui pra mim*. ". (prancha 3)

A capacidade de simbolização de Fernanda era comprometida acompanhando a diminuição da integração do ego, fundamentalmente relacionada à sua dificuldade em lidar com a perda da mãe, num luto não elaborado. Com isso, a tensão produzida encontrava dificuldade em sua simbolização psíquica e, assim, seu alívio era comprometido. O que se tinha, portanto, era uma

pessoa que vivia num quase constante estado de distress sem que houvesse muitas oportunidades de alívio para um equilíbrio homeostático psicossomático, o que a levava a um funcionamento que lhe causava sofrimento e ansiedade.

A segunda participante, Iara, apresentou uma capacidade de simbolização com competência para produzir sentidos, adicionar elementos e expressar afetividade, porém a simbolização passa a ser comprometida quando o conflito entre o desejo de ser aceita e o de rompimento que leva à perda do objeto de amor torna-se insuportável. O uso de defesas ocorre de forma intensa numa ineficiente tentativa de manter da integração do ego, comprometendo a simbolização.

> "*Tinha uma mulher, com nome de Anita. Ela trabalhava numa casa de família e tinha uma outra mulher nessa casa que era uma pessoa extremamente... maldosa. E ela sempre criticava o serviço dessa serviçal e ela criava confusão para que essa serviçal, que era a Anita, tivesse problemas com a patroa, com os patrões. Por mais que essa serviçal se dedicasse, fosse uma pessoa que buscasse fazer seu serviço de uma maneira correta e dedicada, essa outra mulher acabava sempre dando um jeito de atrapalhar, de criticar e de não favorecer. A ponto da Anita se sentir tão oprimida, tentou dar um jeito de contornar essa situação pois precisava trabalhar. Então na verdade se sujeitava a esse emprego mas tentava de alguma forma buscar um caminho, a ponto de que num belo momento a coisa ficou tão grave que mesmo ela buscando o caminho de contornar, tentando conversar com essa mulher que a destratava e fazia com que o dia e o serviço dela ficassem de maneira complicada e difíceis...*" (prancha 8MF)

Diante do sentimento de rejeição e da privação afetiva, Iara procurava ser gratificada entrando numa busca por ser aceita, submetendo-se a situações de exploração. Como não conseguia o retorno afetivo esperado, autorizava-se a expressar seu ódio, para que logo em seguida a repressão se restabelecesse, suprimindo toda a raiva como se nada tivesse acontecido, numa tentativa de evitar a perda dos objetos de amor. O uso de defesas ocorre de forma intensa numa ineficiente tentativa de manter da integração do ego, comprometendo a simbolização. Levando em consideração que ela se colocava repetidamente e situações de exploração, o conflito estava quase sempre em intensa atuação, colocando o organismo num estado recorrente de tensão no qual o seu alívio era impossibilitado.

Pelo SISDAO realizado com as participantes, ambas relataram que quando passavam por situações de conflito e tensão, especialmente relacionadas com suas questões significativas, os

sintomas da SII pioravam. Esse funcionamento é comum em tais pacientes, em que sofrimento emocional ou situações de vida estressantes são experimentados como sintomas físicos (LIPOWSKI, 1986) e o adoecimento, incluído no contexto de vida da pessoa, muitas vezes torna-se revelador do sofrimento nas inter-relações estabelecidas consigo mesmo e com as outras pessoas (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010).

Nesse ponto, uma reflexão superficial levaria ao entendimento de que, no caso da Fernanda, o que estava causando os sintomas da SII seria o luto não realizado pela morte da mãe, e no caso da Iara, o sentimento de rejeição produzia seus sintomas; e com isso haveria uma confusão em relação ao mecanismo de formação de sintomas, ao tratar um caso de somatização com o de uma conversão histérica, que possuem diferenças psicodinâmicas e fisiológicas (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Há de fazer uma distinção entre aquilo que é representado no corpo, funcionamento próprio das conversões, e o que é expressado, próprio das somatizações.

Quando falamos que algo está sendo *representado*, estamos falando que há um significado que está sendo utilizado em outro contexto, tendo uma ligação direta entre dois elementos. Se um conflito psicológico está sendo representado por seus sintomas orgânicos, há uma relação causal e que, descobrindo o sentido psicológico do sintoma, pode-se chegar ao conflito, num funcionamento próprio dos casos de conversão histérica, conforme elucidado por Freud (1895). O conteúdo psicológico que produz a resposta orgânica é inconsciente ao sujeito e expressa simbolicamente representações mentais intoleráveis. Dessa forma, o que ocorre é uma transposição do conflito psíquico, numa tentativa de solução através de sintomas somáticos (LAPLANCHE & PONTALIS, 1996), e Rodrigues, Campos e Pardini (2010) ressaltam que a conversão, segundo Freud, ocorre fundamentalmente no sistema músculo-esquelético e senso-perceptivo.

Se tomarmos que o luto não elaborado de Fernanda e o sentimento de rejeição de Iara estavam sendo representado pelos seus sintomas, em termos psicodinâmicos, estaríamos dizendo que as representações de tais questões das participantes foram separadas de seus afetos sob a atuação do recalque e estes foram descarregados no corpo, convertidos em sintomas somáticos, numa transposição de uma excitação puramente psíquica para o corporal como forma de alívio para o conflito. No entanto, o que vemos é outra coisa. Os sintomas somáticos não aliviam a ansiedade das participantes. Eles não carregam em si o sentido do conflito, e em termos de psicodinâmica, há um rebaixamento dos processos mentais. Como vimos pelos psicodiagnósticos, o que ocorreu foi a diminuição da integração do ego e comprometimento da capacidade de simbolização das questões significativas. Diante de um processo de conversão, o que veríamos

seria justamente a presença do psiquismo através de conteúdos simbólicos relacionados às questões significativas das participantes.

Quando falamos que um estado emocional está sendo *expressado* no corpo, o que ocorre é uma descarga da excitação somática tratando-se da própria expressão emocional, manifestada através de seu concomitante somático, fisiológico. Como coloca Alexander (1950), todo estado emocional tem um conjunto de respostas fisiológicas específicas, e a resposta vegetativa para diferentes estímulos emocionais variam também de acordo com a qualidade da emoção. Assim, temos o riso para a alegria, o pranto para a tristeza, aumento da frequência respiratória e pressão sanguínea constituem parte da raiva e medo, aumento da secreção estomacal pode ser uma resposta regressiva para uma emergência. Quando o estado emocional se dissipa, as alterações fisiológicas correspondentes também se desfazem. Nestas situações, o que se observa é uma predominância de atividades e funções do sistema nervoso autônomo, no caso do aumento da motilidade intestinal presente na SII, pela via parassimpática, como sistema de defesa biológico que tem valor de sobrevivência, em contraste com a resposta de "luta ou fuga", que envolve o sistema nervoso simpático e suas funções correspondentes (RODRIGUES, CAMPOS & PARDINI, 2010). Porém, quando os concomitantes psicológicos desse estado emocional, ou seja, representações, percepções, pensamentos e fantasias, são capazes de suscitar afetos insuportáveis, eles são excluídos do psiquismo, e o estado emocional fica reduzido à sua expressão somática (MCDOUGALL, 1991). Na persistência do estado emocional não simbolizado, pela incapacidade de lidar com afetos potencialmente desestruturantes, a cronificação das alterações fisiológicas leva aos sintomas e adoecimento.

No caso da Fernanda, o luto não realizado pela perda da mãe não está sendo simbolicamente representado em seus sintomas somáticos; o que se tem é um estado emocional, que em termos psicológicos diz respeito aos sentimentos e significados relacionados ao luto, e em termos somáticos refere-se as alterações fisiológicas da motilidade intestinal correspondentes pela ativação do sistema parassimpático. Sem a mediação simbólica para que esse estado emocional possa ser elaborado psicologicamente, o funcionamento parassimpático associado ficaria não modulado e cronificado, interferindo no funcionamento dos órgãos. O mesmo raciocínio vale para Iara com seu sentimento de rejeição e desejo de ser aceita e gratificada.

Aqui temos uma especificidade. Uma psicoterapia convencional, numa perspectiva psicodinâmica, iria possivelmente trabalhar através da análise e interpretações dos sentidos dos conflitos e de seus sintomas, com o objetivo de superar as resistências, descontruir defesas e trazer à tona o material inconsciente. Porém, como visto acima, não há um sentido psicológico

inconsciente no qual estaria gerando os sintomas, como se houvesse uma “linguagem dos órgãos” pela aplicação do mecanismo de formação de sintomas das psiconeuroses de defesa, onde se inclui a conversão histérica e todo o seu funcionamento simbólico; não obstante, justamente a incapacidade de desenvolvimento de sentidos e representações para determinada questão significativa está relacionada com os sintomas da somatização. Temos que as somatizações se aproximam mais das neuroses atuais, na medida que há a ausência de junção entre a excitação somática e as representações, pela impossibilidade de elaboração simbólica. A excitação somática, nesse caso, não desenvolve ou não está associada a representações mentais, mas fica represada subcorticalmente no corpo (FREUD, 1898). Sem a mediação psíquica, a excitação seria transformada diretamente em angústia, resultando em sintomas predominantemente somáticos ou não simbólicos (FERRAZ & VOLICH, 1997). Naturalmente, isso demanda uma abordagem diferente da utilizada com as psiconeuroses de defesa, questão essa apontada por Freud na qual era tida como um limite para o uso da Psicanálise, mas que foi desenvolvida com autores posteriores através da Psicossomática de orientação psicanalítica (ALEXANDER, 1950; MARTY, 1993; MCDOUGALL, 1996).

Entendendo a especificidade no que se refere ao funcionamento mental associado com as somatizações, em relação a outros sintomas somáticos cujos mecanismos de formação de sintomas remontam a uma origem psíquica, tal qual as conversões histéricas, podemos então entrar mais a fundo na busca de uma compreensão psicossomática a respeito das relações entre emoções e somatizações, particularmente nas funções excretoras, escopo da pesquisa.

As funções excretoras possuem um importante papel no desenvolvimento emocional da criança (FREUD, 1905), sendo associadas com certas atitudes emocionais no início de vida. A criança experimenta sensações de prazer através da alimentação pela sucção do leito materno, numa atividade oral de incorporação de nutrientes mas também de afeto, como sentir-se amada, ter satisfação de receber o que deseja, como segurança e conforto. Posteriormente, ela descobre uma outra fonte de sensação de prazer, quando passa a conseguir ter o controle do esfíncter anal, reter fezes e ter a membrana mucosa do intestino estimulada. Neste tipo de prazer, é mais difícil do adulto interferir como no caso da alimentação, e a criança desenvolve um senso de independência que se associa com o ato da excreção. Sua soberania sobre a função excretora e sua fonte independente de prazer se perde com o advento do treino de banheiro, quando os adultos tentam ensinar a criança a evacuar seu intestino em momentos regulares. Esse momento representa as primeiras experiências da criança na qual ela é levada a reprimir os seus impulsos, para entrar em concordância com os desejos dos adultos e não evacuar quando bem quiser, mas quando o

adulto achar apropriado. Em troca, recebe elogios, amor e outras formas de gratificação. Dessa forma, as fezes passam a ser associadas com o conceito de posse e todo ato de evacuação fecal é avaliado pela criança como uma forma de doação para os adultos, o que é reforçado pelo interesse deles com as suas fezes.

A criança passa a entender suas fezes como algo valioso, uma moeda de troca para gratificação e uma fonte de prazer. Essa atitude cropofílica é posteriormente inibida pela educação e transformada em algo repugnante e depreciativo; suas fezes deixam de ser um objeto valioso para ganhar a conotação de algo ofensivo e sujo. Posteriormente, todas essas conexões emocionais desaparecem da consciência, mas ficam enraizadas na vida emocional, aparecendo em sintomas neuróticos. Essas fases iniciais do desenvolvimento emocional explicam que as funções excretoras se tornam conectadas com o sentimento de realização, com o oferecer e o atacar, e que as fezes se tornam um símbolo de posse. Esse pano de fundo psicológico é importante para a compreensão das influências emocionais nos distúrbios intestinais.

A partir de tais concepções, Alexander (1950) explora a psicodinâmica de pacientes diarreicos. Por mais que se possa questionar a aplicabilidade das especificidades colocadas pelo autor a respeito da dinâmica psíquica de pacientes com tal quadro clínico, como modelo que poderia ser aplicado em todas as situações, suas ideias se mostram interessantes para a discussão dos participantes desta pesquisa. Segundo colocado pelo autor, pacientes diarreicos apresentam um forte desejo de dependência e procuram compensar aqueles os quais eles querem receber gratificação. Tais compensações podem tomar a forma de preocupações sobre certas obrigações e deveres, a necessidade de ajudar os outros, o impulso em realizar esforços ou trabalhos. O desejo de dependência é o que se procura compensar, assim a passividade é intolerável e rejeitada pelo psiquismo, e por isso não elaborada, formando um constante estado emocional de fundo *expressado* pela ativação do sistema parassimpático, desencadeando as diarreias. Diferente dos pacientes constipados, que apresentam um pessimismo, um receio ou falta de confiança, o sentimento de ser rejeitado ou não amado e, em um estado mais intenso, observa-se paranoia e melancolia; portanto, na medida que entendem que não podem esperar nada de ninguém, não precisariam dar nada e devem manter tudo o que possuem, numa atitude possessiva que vem acompanhada de intensa agressividade como reação ao sentimento de ser rejeitado. Essa agressividade não é consumada, de forma que permanece constante, formando um estado emocional de fundo *expressado* pela atividade simpática do sistema nervoso autônomo, promovendo a constipação.

McDougall (1984) vai pensar a psicodinâmica das somatizações a partir da perspectiva do conflito intrapsíquico, no qual para sobreviver psiquicamente diante de sofrimentos de outro modo inelaborábel, ocorre a exclusão sumária de representações carregadas de sentimentos intoleráveis, num mecanismo de desafetação. O afeto seria reduzido a sua própria manifestação somática, sem qualquer compensação psíquica. Estando esse afeto originalmente relacionado com as funções excretoras, tão importantes no desenvolvimento emocional da pessoa e funcionando como pano de fundo psicológico associado com vários estados emocionais, estas funções poderão apresentar distúrbios em seu funcionamento, tal qual um bebê que sem poder fazer uso da palavra em função de um psiquismo incapaz de elaboração simbólica, apresenta diarreia diante de uma experiência emocional. Diferente do que propõe Alexander, no qual tais afetos seriam reprimidos ou rejeitados pelo psiquismo, e por isso seu concomitante fisiológico se cronificaria, McDougall entende que o que ocorre é uma exclusão das representações mentais, numa regressão do psiquismo a estados arcaicos os quais não conseguiria dispor da palavra para conter a angústia e excitações somáticas.

Em relação às participantes, vemos Fernanda ainda criança, dependente e desejosa por ser cuidada, assumir o lugar da mãe como forma de responder a sua morte, entrando numa contínua busca por compensar a todos da família a perda dessa mãe, responsabilizando-se pelas irmãs para que elas não a abandonem, para ela própria não reviver o sentimento de desamparo decorrente do falecimento da mãe. Se por um lado deseja esse estado de dependência e cuidados numa fantasia de família unida e feliz, por outro lado esse desejo a faz retornar à situação de perda da mãe e desamparo, tornando intolerável a presença desse desejo, o que leva a sua desafetação e esvaziamento na dinâmica mental, cronificando o estado emocional de passividade. Se o concomitante psicológico não pode se desenvolver e encontrar assim o alívio do afeto, o concomitante somático permanece ativo, expressado no corpo numa atividade parassimpática de diarreias.

No caso da Iara, temos a construção de uma autoimagem na qual é rejeitada pela mãe, num ambiente de privação afetiva. Como reação a essa rejeição, Iara desenvolve um estado emocional de agressividade na qual é reprimida e cronificada, acionando o sistema simpático. Com isso, podemos entender o porquê durante muitos anos ela teve problemas intestinais pela constipação. No entanto, vemos que apesar do ambiente de privação afetiva e do sentimento de rejeição, Iara era esperançosa em conseguir ser aceita e assim poder usufruir dos cuidados e do amor de uma família colaborativa e unida, o que a levava a se submeter a situações de exploração. O estado de receber aceitação e amor o qual ela tanto desejava estimulava sua atividade parassimpática, que em momentos de maior intensidade, levava a crises diarreicas. Posteriormente, pelo estado

emocional parassimpático preponderante do desejo de ser aceita e assim gratificada num estado de dependência afetiva, ele é expressado no corpo pelos constantes e fortes sintomas diarreicos.

O que se destaca dessas elucubrações é o estado emocional desencadeando a ativação desadaptativa do sistema nervoso autônomo. O que leva a cronificação do estado emocional, mais especificamente, do concomitante somático do afeto, é o cerne da questão. O concomitante psicológico, que remonta à subjetividade, tornou-se intolerável para o ego a tal ponto que leva a diminuição da integração do ego e comprometimento da capacidade de simbolização em relação a tais questões significativas, recorrendo ao mecanismo de defesa no qual promove a exclusão do psiquismo das representações, fantasias e pensamentos relacionados ao afeto insuportável. Dessa forma, a emoção encontra-se impedida de passar pelo processo de simbolização para devida elaboração psíquica, de modo que continuaria a ser suscitada, assim os aspectos fisiológicos dessa emoção permanecem em atuação, desencadeando respostas somáticas levando às somatizações.

Visto o funcionamento mental das participantes e em relação a que questões significativas a capacidade de simbolização se compromete, tomemos as repercussões na dinâmica psíquica da intervenção psicológica realizada nas participantes da pesquisa. Estabelecida a situação-problema nuclear de cada participante, o foco da psicoterapia, foram realizadas doze sessões nas quais tais situações-problema foram trabalhadas.

Há a especificidade no funcionamento mental de pacientes relacionado com as somatizações, o que incide sobre a intervenção psicológica destinada a eles. Com a capacidade de simbolização comprometida em relação a questões significativas insuportáveis para o ego, ocorre o esvaziamento de significação afetiva das representações. Isso leva a um estado no qual o indivíduo fica “psiquicamente separado” de suas emoções, sem a capacidade de entrar em contato com sua realidade psíquica no que se refere a tais conteúdos mentais, portanto uma experiência que esteve na origem de uma emoção intensa não é reconhecida como tal (MCDOUGALL, 1996). Isso ajuda a entender a dificuldade que pacientes com somatizações tem em relacionar seu adoecimento com seu universo psicológico. Por conseguinte, tal funcionamento tem estado presente em conceitos que vem sendo utilizados para se referir a estes pacientes, como o próprio conceito de somatização (LIPOWSKY, 1984), alexitimia (SIFNEOS, 1973), pensamento operatório (MARTY& M’UZAN, 1994), desafetação (MCDOUGALL, 1984) e personalidade tipo A (ROSENMAN, 1975).

Um fenômeno que se depreende dessa dificuldade de pacientes com somatização em relacionar seu adoecimento com seu universo psicológico é a má aceitação por parte deles de tratamentos associados à saúde mental. Estes pacientes tendem a negar qualquer influência psicológica em seus sintomas, resistem a encaminhamentos para psicólogos e psiquiatras e, apesar de utilizarem de forma desproporcional os serviços de saúde, os de saúde mental são os únicos que não são significativamente elevados nesses pacientes (BARSKY, ORAV, BATES, 2005). Tal fenômeno se reproduziu na presente pesquisa. De um total de quarenta e dois pacientes os quais se entrou em contato, apenas dois aceitaram participar de um tratamento para a Síndrome do Intestino Irritável que envolvia psicoterapia. As duas que aceitaram, o fizeram principalmente por estarem passando por situações as quais a deixavam ansiosas e com importante sofrimento, mas que não associavam, à priori, diretamente com os seus sintomas da SII.

É de se esperar, portanto, que os pacientes com somatização, convencidos de que seu adoecimento é eminentemente orgânico e com um funcionamento mental que tende a impedir uma natural consciência da influência de aspectos psicológicos em seus sintomas, encontrem dificuldades em construir sentido num atendimento psicológico para suas queixas somáticas. Quando tais pacientes chegam no psicólogo, geralmente encaminhado pelo seu médico que tem a percepção e o conhecimento da influência dos aspectos psicológicos na somatização, costumam não entender a razão de estarem naquele profissional. Vão mais por acreditar no seu médico como alguém que tem um saber curativo, e menos por acreditar que um atendimento psicológico pode ajudar em seus sintomas físicos. Nesse caso, a demanda não parte do paciente, que comumente se coloca resistente, mas do médico que o encaminhou e do psicólogo que assumiu o tratamento. Quando o interesse pelo atendimento psicológico parte do próprio paciente em questão, geralmente ocorre não em função de seus sintomas orgânicos, mas por outras questões psicológicas que ele não associa diretamente com tal adoecimento.

O primeiro desafio no atendimento das participantes foi justamente a construção de um sentido para uma psicoterapia relacionada com a SII, cujos sintomas se mostram eminentemente orgânicos. Sem a construção de um sentido para as participantes, o interesse e a adesão ao tratamento seriam comprometidos e, por mais que pudesse haver interesse na psicoterapia em função de outros sofrimentos, o foco com que se pretende trabalhar é nos aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento da SII. Sendo assim, foi realizado um questionamento dos eventos em que elas ficavam “nervosas” e o que acontecia com seus sintomas. Ambas chegaram à conclusão de que “*quando fico nervosa, as dores aumentam e meu intestino solta*”. Ao ser proposto um atendimento psicológico para aquilo que estaria deixando elas “nervosas” e possivelmente

influenciando seus sintomas, elas puderam encontrar sentido para se submeterem a intervenção psicológica relacionada a seus sintomas somáticos.

Porém, por mais que houvesse a percepção de que seu estado emocional estaria influenciando seus sintomas e, por isso, surgisse o interesse em participar da pesquisa como tratamento, a consolidação de uma demanda psicológica própria e legítima ainda estava para ser construída. Para tal, as entrevistas semi-dirigidas mostraram-se um caminho interessante. Fernanda pôde reviver várias situações em que a responsabilidade assumida diante da família a colocava numa condição de sofrimento, como ficava angustiada com os problemas das irmãs, passando noites sem dormir pensando em formas de ajudá-las, do que poderia se desfazer para prover ajuda financeira e dos compromissos que poderia abrir mão para estar com elas, da ansiedade que a colocava num constante estado de tensão para a resolução dos problemas delas. Iara, por sua vez, reviveu várias situações de exploração, de como ela se dedicava aos seus familiares e ainda sim eles a destratavam, sentindo-se injustiçada; porém, por mais que se sentisse abusada, ainda sim continuava dedicada a atender as solicitações e imposições de seus familiares, mesmo que isso significasse entrar em condições desfavoráveis e causasse importante desconforto emocional. A entrevista semi-dirigida permitiu às participantes resgatarem e se inserirem na sua própria história, revisitando acontecimentos e entrando em contato com suas questões significativas, levando a maior aderência das participantes ao tratamento e a construção de uma demanda psicológica própria, na qual os sintomas da SII puderam ser incluídos pela percepção de que como eles pioravam diante de determinadas situações relacionadas com seus conflitos.

O segundo desafio foi como trabalhar em psicoterapia com determinadas questões significativas que tiveram sua simbolização comprometida como forma de proteger o ego de afetos intoleráveis. Para isso, instrumentos e técnicas psicológicas, para além da técnica da associação livre e atenção flutuante, mostraram-se interessantes. O psicodiagnóstico possibilitou verificar quais eram as questões significativas, evidenciadas pela ocorrência da diminuição da integração do ego e comprometimento da capacidade de simbolização. A interpretação teorizada permitiu formar uma construção junto às participantes a respeito de seu funcionamento mental, assim como o reconhecimento das questões que estariam gerando estados emocionais que influenciariam os sintomas da SII. Na psicoterapia breve, segundo técnica da PBO, a partir das questões significativas foi delimitada a situação-problema nuclear de cada participante, de onde as outras situações surgem, estabelecendo assim o foco da psicoterapia.

Temos as especificidades do funcionamento mental relacionado com as somatizações, em que há uma dificuldade em relacionar o adoecimento com seu universo psicológico, de forma que

uma experiência que esteve na origem de uma emoção intensa não é reconhecida como tal. Portanto, foi realizado um trabalho no qual as participantes puderam entrar em contato com os estados emocionais relacionados com a situação-problema nuclear, os quais tinham seus concomitantes psicológicos comprometidos. Esse contato foi feito num ambiente de acolhimento e suporte, possibilitando a sua expressão num contexto terapêutico, e assim a elaboração psicológica desse estado emocional, através da percepção afetiva, construção de sentidos e enfrentamento dos conflitos, numa postura do terapeuta de maternagem dos afetos e suporte egoico. Desse modo, as participantes puderam se utilizar de seus recursos psíquicos para construir representações mentais e significados afetivos para esses estados emocionais, desenvolvendo assim seus concomitantes psicológicos toleráveis ao ego.

Fernanda retomou a perda de sua mãe, pôde sentir e expressar seu sentimento, a sensação de vazio e desamparo, "*depois que a minha mãe morreu, todo mundo foi saindo de casa, eu tive que cuidar sozinha da minha irmã mais nova e nem cozinhar eu sabia; eu sentia muita falta da minha mãe"*. O retorno a esses acontecimentos de vida e a possibilidade de expressão dos sentimentos a eles associados, num contexto terapêutico, permitiu o início da elaboração do luto pela mãe. Ela pôde chorar pela sua morte, ver-se desamparada diante desse sofrimento e enfrentar tal situação, se dando conta das consequências de forma consciente, agora com melhores condições e com o suporte oferecido pela psicoterapia. "*Eu não imaginava que era por causa da morte da minha mãe, depois de tantos anos. Eu não tive infância, eu tinha que cuidar da casa*". Situações de vida passaram a serem vistas pela Fernanda a partir de uma nova perspectiva, na qual o papel de mãe se contrapunha ao papel de irmã e de filha, permitindo, então, questionar as responsabilidades assumidas com as irmãs, abdicando do papel de mãe das irmãs e voltando os cuidados e responsabilidades para a própria vida, "*eu deixei de viver a minha própria vida para viver a delas*". Modificou a relação com as irmãs, referindo-se que não mais se preocupa tanto como antigamente, não interfere nos assuntos delas e até evita situações em que sente que elas estariam se aproveitando de forma abusiva. Nas suas palavras: "*livrei da responsabilidade de cuidar de todo mundo e agora estou cuidando de mim*".

Com Iara, as situações de exploração foram revisitadas na psicoterapia, porém num contexto de acolhimento em que Iara pôde ter apoio em seu sofrimento. Foi feito um trabalho de reasseguramento de que o que ela estava sentindo era legítimo, que se configuravam situações de exploração e não havia problema em expressá-lo, de forma que a culpa pelo ódio dirigido à sua mãe e familiares pôde ser brevemente aliviada, "*entendi que eu posso falar, não tenho que tentar ter controle sobre tudo e sobre todos*". Assim, aos poucos, Iara foi se sentindo segura para se

autorizar a justificar menos suas atitudes e sentimentos, expressando de forma mais clara e direta a sua raiva, "*eu faço de tudo pelos outros, mas não fazem nada por mim", "eu me senti um lixo, eu fazia de tudo para ajudar a minha mãe e ela me deixava passar necessidades*". A possibilidade de expressar sua raiva foi importante para que Iara pudesse lidar com esse sentimento e, oportunamente, ser questionada sobre as situações de exploração. Assim, Iara pôde ir se dando conta de como ela mesma não só permitia mas se colocava nessas situações, "*eu me aproximava para ajudar, mas queriam se aproveitar de mim, eu podia negar mas não negava*", "*eu sempre quis ser aceita*". Ela se afastou da mãe, evitando o contato com ela e outros familiares, e isso foi possível, segundo ela, pois "*antes eu tinha o entendimento de que melhor assim do que não ter nada, mas passei a entender que devia abrir mão do que não me faz bem*", demonstrando um ego mais fortalecido para enfrentar o distanciamento dos objetos de amor em direção a maior autonomia e preservação de sua integridade.

A elaboração psicológica das situações-problema nucleares refletiu uma melhor simbolização referente às questões significativas relacionadas ao comprometimento desta capacidade, para ambas as participantes. No psicodiagnóstico final, Fernanda ainda apresentava uma capacidade de simbolização comprometida, em função de um ego frágil em manter a sua organização; porém, as questões referentes ao luto da mãe já não tinham mais o potencial de desorganização na integração do ego como anteriormente, apresentando uma melhor elaboração psicológica, que pode ser visto tanto no TAT como no decorrer da psicoterapia breve e sessão de retorno, demonstrando também enfrentamento e soluções mais adequadas. Dessa forma, a psicoterapia proporcionou a promoção da capacidade de simbolização da questão significativa referentes ao luto da mãe.

Para Iara, também houve ganho na capacidade de simbolização em relação as questões significativas iniciais que impactavam negativamente na integração do ego, referentes ao sentimento de rejeição e desejo de aceitação. As relações familiares passaram a ser balizadas pelo conflito entre o desejo de rompimento, por serem encaradas de forma mais realística pela aceitação do desprazer, e quando os mecanismos de defesa não conseguiam conter a angústia desses afetos, a integração do ego era rebaixada, a capacidade de simbolização começava a apresentar comprometimentos e os impulsos internos tornavam-se angustiantes. Contudo, em comparação com a aplicação inicial do TAT, tal comprometimento é menos presente na dinâmica psíquica da Iara, que passa a funcionar em torno do medo do desamparo e do sentimento de solidão.

Com o ganho na capacidade de simbolização das questões significativas das participantes, seus egos puderam se apresentar mais integrados diante da angústia gerada, sendo capazes de

suportá-la e elaborá-la, de modo que os componentes psíquicos da emoção puderam se desenvolver na psicodinâmica das participantes sem que se tornassem intoleráveis a ponto de comprometer a integridade egoica. Verifica-se em ambas participantes que elas apresentaram maior consciência a respeito de suas próprias condições e desejos, num enfrentamento mais realísticos dos conflitos referentes as suas questões significativas e utilização menos intensa da repressão. É importante ressaltar que o desenvolvimento egoico fere-se as questões significativas tratadas como situação-problema nuclear, que em virtude da psicoterapia puderam ser melhor simbolizadas e diminuirem menos a integração egoica. A psicoterapia breve não pretendeu promover transformações estruturais na personalidade nem uma maturação evolutiva com maior eficácia adaptativa como um todo; ela foi circunscrita as determinadas questões significativas, para a superação de soluções inadequadas para as situações-problemas existentes e compreensão de alguns dinamismos que sustentam tais situações inadequadas, conforme enunciado por Simon (1989) a respeito do objetivo da PBO.

O nível adaptativo das participantes também melhorou. Retomando o conceito de adaptação, ele pode ser entendido como o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida (SIMON, 1989). Esse conceito é baseado num modelo biológico, o que faz sentido visto que se trata de manutenção da vida. Se tomarmos o conceito de homeostase (CANNON, 1932), encontramos mecanismos de adaptação cruciais para a manutenção da vida que são flexíveis para se ajustar às modificações do ambiente, mas com objetivo de manter uma constância interna. Mas diante da complexidade de um organismo em transformação com capacidade de evolução, o retorno ao estado anterior em que não houvesse acontecido uma perturbação, é impossível e até não desejável do ponto de vista do crescimento. Como colocado por Simon (1989), quando o organismo busca o equilíbrio retornando ao estado anterior, em termos psíquicos, temos a compulsão à repetição, que se trata de doença e não de saúde. Quando há melhora na adaptação, temos que o organismo pode se utilizar de seus recursos de modo mais eficiente e favorável para a manutenção de sua vida.

Fernanda no início apresentou uma classificação diagnóstica no SISDAO de adaptação ineficaz grave (grupo 5) para moderada (grupo 3), fundamentalmente pela melhora do nível adaptativo no setor Afetivo-Relacional (A-R), que passou de pouquíssimo adequado para adequado, representando uma melhora considerável. No retorno, Fernanda apresentava uma adaptação do setor A-R menor, em virtude da presença de seu ex-marido em sua casa, mas com o ganho no setor Produtividade (Pr), ela permaneceu no mesmo grupo adaptativo. A relação com as

irmãs ficou mais satisfatória e os conflitos já não eram tão relevantes como antes. Com um ego mais fortalecido, o qual permitia Fernanda de se expressar mais e "tomar as rédeas da própria vida" permitiu com que, com o advento da traição de seu marido, ela fizesse valer a sua vontade de se separar em vez de submeter o seu desejo ao dele ou à uma fantasia de família unida. No entanto, teve que aceitar a situação dele se recuperar em sua casa, o que lhe causava grande insatisfação. Os conflitos foram enfrentados pela colocação de limites quanto ao não cuidar do ex-marido e ao distanciamento de contato, num funcionamento de evitação. O ambiente não era favorável, mas ela dispunha de recursos internos para propor soluções mais adequadas para a adaptação às circunstâncias que se apresentavam, em comparação com antes da psicoterapia. Nas palavras dela, "*sinto que estou diferente, consigo me expor mais, estou mais confiante, me levo mais em consideração, eu até voltei a sorrir, coisa que eu acho que não fazia há muito tempo*".

Iara apresentou inicialmente uma classificação diagnóstica de adaptação ineficaz grave (grupo 5) e ao final da psicoterapia melhorou para ineficaz severa (grupo 4), o que foi digno de nota em função do prognóstico intragrupal pior. Manteve sua nova classificação adaptativa ao longo de seis meses, até o retorno. Esse ganho adaptativo, que levou ao afastamento de sua mãe e familiares, representou menos conflitos com os familiares, mesmo que não lhe trouxesse satisfação a solução de afastamento e ainda desejasse a aproximação, porém ela entendeu que seria melhor assim, pois não precisava aceitar tudo o que eles queriam e submeter-se a situações de exploração para tentar alcançar uma fantasiosa sensação de aceitação. A tradução dessa mudança pode ser expressa na colocação que ela fez de que se antes "*melhor assim do que não ter nada*" (em referência às relações abusivas), passou a entender que "*devia abrir mão do que não faz bem*".

Observamos, nas participantes da pesquisa, que a melhora na capacidade de simbolização das questões significativas que compunham as situações-problema nucleares resultou numa melhora do nível adaptativo. Essa relação é compreensível, visto que anteriormente tais questões significativas eram carregadas de afetos potencialmente desestruturantes, fazendo com que as participantes recorressem às estratégias defensivas arcaicas para sobreviver psiquicamente diante de sofrimentos inelaboráveis. Tal defesa, que McDougall (1984) denomina de desafetação, é capaz de ejetar do psiquismo percepções, pensamentos e fantasias capazes de suscitar afetos insuportáveis. É como se tais conteúdos mentais se encontrassem ausentes no psiquismo pelo esvaziamento de sua significação afetiva. Assim, os afetos sem suas representações mentais são reduzidos apenas à sua pura expressão somática.

Sendo a adaptação um conjunto de respostas de um organismo vivo às situações que o modificam, uma vez que determinados conteúdos mentais são esvaziados de significação, é de se

esperar que tal organismo não conseguirá dar respostas adequadas para tais situações. A angústia e toda a gama de afetos não lhe servem mais como sinais que permitiriam comunicar consigo mesmo. Diante da vivência de emoções intensas que ameaçam o sentimento de integridade e identidade, conforme McDougall (1996), para sobreviver psiquicamente, foi necessário a construção de um mecanismo para evitar o retorno a essas experiências traumáticas, que trazem em si a ameaça de aniquilamento. Desse modo, há a expulsão do consciente dessas representações carregadas de afeto, de modo que promove uma brecha psíquica entre as emoções e as representações mentais as quais elas estão ligadas. Assim, a pessoa torna-se incapaz de elaborar e refletir sobre tais experiências afetivas e, portanto, de poder dar respostas que seriam adaptativas para elas, procurar ajuda de forma eficiente e aderir aos tratamentos propostos.

A intervenção psicoterapêutica realizada na presente pesquisa teve como repercussões psicológicas a melhora na capacidade de simbolização das participantes em relação às questões significativas que a comprometiam, conforme verificada pelo TAT e pela análise clínica, em que ambas desenvolveram elaboração psicológica de tais questões significativas, apresentando um ego mais capaz de manter sua integração diante da angústia gerada por elas, enfrentamento mais favorável dos conflitos decorrentes, diminuição da ansiedade, assim como melhora no nível adaptativo.

Cabe, por fim, discutir sobre as repercussões dessa intervenção psicológica na melhora do quadro clínico das participantes em relação à SII. Seguindo o modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977), a compreensão do quadro clínico do paciente deve levar em conta a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa, de forma que fatores psicossociais, assim como os biológicos, são determinantes para a condição do paciente. Conforme exposto na discussão acima, as condições psicossociais das participantes obtiveram melhoras, tanto por fatores psicológicos, como a melhora da capacidade de simbolização em relação as questões significativas que a comprometiam levando-as a uma melhor elaboração psicológica, enfrentamento mais favorável dos conflitos, diminuição da ansiedade, melhora na adaptação; como por fatores sociais, pelo afastamento de relações conflituosas e abusivas. Explorado os fatores psicossociais, vamos entrar nas repercussões nos sintomas orgânicos, visto que a condição psicológica das participantes em relação às questões significativas que as colocavam em estados emocionais impactando na SII, via de intervenção da presente pesquisa, teve importante melhora.

O diagnóstico da SII é feito em cima da história clínica e exame físico (descartadas outras doenças com sintomas semelhantes), onde se leva em contras os sintomas referentes à dores abdominais, frequência de evacuações diárias e formato das fezes (DROSMANN, 2009). Os resultados das avaliações do quadro clínico em relação aos sintomas orgânicos da SII da Fernanda demonstram uma evolução de melhora. Antes da psicoterapia, a intensidade das dores era forte, ocorrendo a cada dois ou três dias, com frequência de evacuações a uma vez por dia e quando entrava em crise diarreica, as evacuações passavam para duas ou três vezes por dia, por alguns dias. No momento não passava por crise e o formato das fezes era do tipo 3 - similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que é considerado ótimo. Imediatamente após a psicoterapia, a intensidade das dores caiu para moderada, a cada dois ou três dias, e as frequência das crises caíram bastante, ocorrendo muito esporadicamente. Demonstrava ansiedade em função do término da psicoterapia e o formato das fezes era do tipo 5 - bolhas suaves e com bordas nítidas, de fácil expulsão, o que é considerada com tendência de diarreia ou urgência em defecar. Após seis meses da psicoterapia, a intensidade das dores era fraca, ocorrendo a cada cinco dias, a frequência das evacuações era de uma vez por dia, e o formato das fezes era do tipo 3 – similares à salsicha, com irregularidades na superfície, o que é considerado ótimo.

A promoção da capacidade de simbolização das questões significativas para Fernanda, que no caso refere-se à família e elaboração do luto da mãe, através da PBO, foi acompanhada pela melhora no quadro clínico da SII. Mesmo diante de eventos de vida relacionados a problemas com seu ex-marido, no período entre o fim da psicoterapia e o retorno, quando os sintomas da SII pioraram pela intensidade das dores e ocorrência de crises de diarreia, a gravidade dos sintomas era menor do que ela costumava ter antes da psicoterapia, segundo relato, e passado o momento crítico, os sintomas melhoraram e as crises cessaram. Assim, apresentando melhor condição psicológica em relação aos estados emocionais que se relacionavam com os sintomas orgânicos, estes diminuíram em intensidade e frequência.

Os resultados das avaliações do quadro clínico em relação aos sintomas orgânicos da SII da Iara também demonstram uma evolução de melhora. Antes da psicoterapia, a intensidade das dores era moderada, ocorrendo a cada cinco dias, com frequência de evacuação diária de quatro vezes e formato das fezes tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias, o que é considerado ótimo; as crises de diarreia eram frequentes em que evacuava por volta de seis vezes ao dia. Ao longo da psicoterapia, seu quadro variava, hora se apresentando conforme acima descrito, hora se apresentando melhor, com as dores chegando a ter menor intensidade e frequência, as evacuações diárias chegaram a uma ou duas vezes por dia e a frequência das crises tinham diminuído. No dia

da última sessão, Iara estava angustiada pois tinha brigado com seu filho pois ele a teria tratado com desconsideração, tendo uma crise na qual seu quadro sintomático se apresentou tal qual antes da psicoterapia, como numa recaída. Após seis meses da psicoterapia, Iara passou a evacuar de uma a duas vezes por dia, as dores têm sido fracas a cada cinco dias; crises ocorrem em menor frequência, esporadicamente, em que as dores passam a ter intensidade moderada, evacuando quatro a seis vezes por dia. O formato das fezes permanece do tipo 4 – similares à salsicha, lisas e macias.

Como tem evitado o contato com sua família, o que levou a diminuição das situações de conflitos familiares, as crises de diarreia diminuíram. Mesmo que seu quadro seja instável em função da ocorrência de eventuais crises, Iara consegue ter momentos em que os sintomas estão melhores e controláveis, o que não acontecia antes. A melhora da capacidade de simbolização em relação às questões significativas referentes ao sentimento de rejeição, que a deixava num estado de tensão emocional, foi acompanhada de mudanças na gravidade dos sintomas da SII, que passou a apresentar sintomas mais brandos e controlados e as crises diarreicas diminuíram em frequência.

As melhoras nos sintomas representaram mudanças significativas no quadro clínico da SII para ambas as participantes. Fernanda relatava sintomas há oito anos, sendo diagnosticada há dois. Iara relatava os sintomas há seis anos, tendo o diagnóstico há quatro. Desde então elas vêm fazendo o tratamento tradicional, através de consultas e acompanhamento ambulatoriais. É uma síndrome com tendência à cronicidade, de difícil tratamento e a resposta aos medicamentos costuma ser limitada (FOXX-ORENSTEIN, 2006). A evolução do quadro clínico ao longo de nove meses, tempo de duração da participação na pesquisa, associada com o tratamento médico tradicional, representou um importante ganho para essas pacientes.

Um possível questionamento poderia ser feito referente ao efeito placebo da psicoterapia, visto que, conforme metanálise com 45 estudos clínicos controlados, obteve-se 45% de melhora como resposta a placebo (PATEL ET AL, 2005). Entende-se como efeito placebo a melhoria dos sintomas e/ou funções fisiológicas em resposta a fatores supostamente inespecíficos e aparentemente inertes, sendo atribuível ao simbolismo que o tratamento exerce na expectativa positiva do paciente (ASSOCIADOS, 2009). Por causar efeitos psicológicos que reduzem a ansiedade e o stress, atuando na liberação de endorfinas, pode conduzir à melhora na saúde (SHER, 1997). O efeito placebo, porém, é de curta duração e não se mantem ao longo do tempo.

O tempo de três meses da psicoterapia e mais o de retorno das participantes, que foi de seis meses, seria suficiente para que um possível efeito placebo se desvanecesse, retornando à uma

condição semelhante tal qual antes da psicoterapia. Contudo, o que foi verificado é que os sintomas não só melhoraram, mas continuaram a melhorar ao longo desses seis meses. Esses dados vão ao encontro dos resultados de uma meta-análise (LEICHSENRING, RABUNG, & LEIBING, 2004) de 17 estudos, na qual os consistentes resultados de melhora no *follow-up* sugerem que a psicoterapia psicodinâmica coloca em movimentos processos psicológicos que levam a mudanças contínuas, mesmo após o término da terapia.

A psicoterapia utilizada não foi do tipo exclusivamente suportiva, que é focada no contato e acolhimento da relação psicólogo-paciente, como forma de reduzir a ansiedade e encorajar o enfrentamento dos conflitos. A psicoterapia se propôs e promoveu mudanças no funcionamento mental das participantes, sustentada pela interpretação teorizada, que deu a diferença entre uma terapia exclusivamente suportiva e uma interventiva que promove mudanças. Os sintomas relacionados com determinado funcionamento mental se modificam ou desaparecem quando esclarecida e tratada a situação-problema nuclear (SIMON, 2005). Como foi verificado pela análise clínica e pelo teste projetivo, a dinâmica psíquica e os fatores psicológicos envolvidos no adoecimento e nos sintomas sofreram alterações, de modo suplantaram o efeito placebo pela nova configuração mental.

Dessa forma, podemos confluir que a intervenção psicológica realizada na pesquisa se mostrou eficiente para contribuir para a melhora do quadro clinico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme exposto acima, a intervenção clinico psicológica em pacientes com SII, baseada na técnica da PBO, nas questões significativas que comprometiam a capacidade de simbolização, possibilitou a elaboração psicológica dos estados emocionais que estariam influenciando os sintomas da SII, de forma que contribuiu para a melhora do quadro clínico das participantes da pesquisa.

O primeiro ponto a ser considerado é que o tratamento psicológico não tem a intenção de concorrer com ou substituir o tratamento médico. Conforme o modelo biopsicossocial (ENGEL, 1977), o estudo de toda e qualquer doença deve incluir o indivíduo, seu corpo e seu ambiente como componentes essenciais de um sistema total. A influência de aspectos psicológicos é significativa para o quadro clínico de pacientes com SII e a psicoterapia tem se mostrado como eficiente via de tratamento, no alívio e controle dos sintomas, mas a síndrome não ocorre num fantasma, e sim num corpo, onde gera sintomas somáticos que causam prejuízos, desconfortos e limitações para a pessoa e, portanto, carecem de cuidados médicos. Dessa forma, na medida que se trata um organismo dotado de subjetividade e em relação com sua própria realidade, o tratamento conjunto entre a Medicina e a Psicologia traz mais benefícios para pacientes com SII do que a exclusividade de um deles (SVEDLUND ET AL, 1983; MAHVI-SHIRAZI, 2012).

O segundo ponto é que o objetivo desta pesquisa não foi verificar a eficácia da psicoterapia para o tratamento da SII, visto que já há uma farta literatura que sustenta este fato (SVEDLUND ET AL, 1983; GUTHRIE ET AL, 1993; CREED ET AL, 2003; HYPHANTIS ET AL, 2009; MAHVI-SHIRAZI, 2012; FORD ET AL, 2014; FONAGY, 2015), conforme apresentada no tópico “Psicoterapia como tratamento para pacientes com SII”. O objetivo foi verificar se o atendimento clínico psicológico, baseado na técnica da PBO, com ênfase na promoção da capacidade de simbolização em relação a determinadas questões significativas, pode contribuir para a melhora dos sintomas no quadro clínico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável. Os resultados revelaram não apenas melhora nos sintomas somáticos, mas também no funcionamento mental, nível adaptativo, relações interpessoais e enfrentamento das situações de conflito relacionados com as questões significativas das participantes. Com isso, para além da remissão dos sintomas, a intervenção psicológica realizada na pesquisa repercutiu no desenvolvimento de capacidades e recursos psicológicos das participantes, promovendo a

elaboração simbólica para questões significativas que comprometiam a capacidade de simbolização e cronificavam o estado emocional, de modo que conseguiram elaborar tais impulsos internos e dar soluções mais adequadas diante da realidade a qual estão submetidas.

O terceiro ponto a ser considerado uma contribuição para o desenvolvimento das técnicas utilizadas para a intervenção psicológica realizada na pesquisa. Levando em conta o funcionamento mental associado com as somatizações, no qual há o comprometimento da capacidade de simbolização de questões significativas, temos que tais pacientes tendem a ter dificuldade em relacionar seu adoecimento orgânico com seu universo psicológico e, como há uma dificuldade em promover a simbolização de determinada situação emocional por ela ser intolerável ao ego, seus elementos psíquicos não estão disponíveis no psiquismo (MCDOUGALL, 1996). Assim, torna-se importante uma adequação da intervenção psicológica a essas especificidades. A técnica da PBO mostrou-se proveitosa, na medida em que possibilitou um atendimento breve, diretivo, abstendo de associações-livres prolongadas, focado na situação-problema nuclear, evitação da neurose de transferência e utilização da co-transferência, um método de avaliação diagnóstico e o uso da interpretação teorizada que se baseia na teoria analítica para reconstruir a história do paciente com base nos dados colhidos nas entrevistas (GEBARA, 2001). O trabalho de elaboração da demanda com as participantes as permitiu construírem junto ao psicólogo um sentido para o atendimento psicológico como tratamento para aquelas questões significativas e estados emocionais que estariam influenciando seus sintomas físicos. O desenvolvimento do processo terapêutico possibilitou a elaboração psicológica dessas questões e estados emocionais, através da percepção dos afetos, construção de sentidos, enfrentamento dos conflitos e melhora na adaptação, numa postura do terapeuta de maternagem dos afetos e suporte egoico, numa abordagem diferente da tradicional em psicodinâmica na qual se utiliza da interpretação analítica feita a partir da relação transferencial para superação de resistências como forma de se chegar aos conteúdos psíquicos inconscientes por trás. Tais manejos técnicos mostraram-se vantajosos para as participantes da pesquisa, de forma que seu uso na intervenção clinico psicológica para pacientes com SII apresenta-se promissor e, como coloca Turato (2003) os pressupostos conclusivos podem ser aplicados em outros casos, nas situações em que os fenômenos são semelhantes, de modo que possibilite intervenções mais condizentes com as especificidades associadas com tais pacientes.

Por fim, na medida em que estados emocionais entram em ação pela relação subjetiva do indivíduo consigo, com o outro e com o meio, eles impulsionam concomitantemente reações adaptativas no corpo, que em função da intensidade e permanência no funcionamento do

organismo pela sua simbolização e elaboração psicológica desses estados emocionais, podem tornar-se disfuncionais e patológicas, manifestando afecções psicossomáticas. Podemos concluir que a intervenção psicoterapêutica, a partir da técnica da PBO, com ênfase na promoção da capacidade de simbolização em relação a determinadas questões significativas associadas a estados emocionais que interferem nos sintomas orgânicos, contribuiu para a melhora do quadro clínico de pacientes com Síndrome do Intestino Irritável, cumprindo os objetivos da pesquisa e apresentando como uma proficiente proposta terapêutica para esses pacientes em função de suas especificidades no seu funcionamento mental relacionadas com seus sintomas.

REFERÊNCIAS

ABBASS, Allan A. et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **The Cochrane Library**, 2006.

ABRAMSON, J.; WRIGHT, J. M. Are lipid-lowering guidelines evidence-based?. **The Lancet**, v. 369, n. 9557, p. 168-169, 2007.

ADAM, Birgit; LIEBREGTS, Tobias; HOLTMANN, Gerald. Mechanisms of disease: genetics of functional gastrointestinal disorders—searching the genes that matter. **Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology**, v. 4, n. 2, p. 102-110, 2007.

ALEXANDER, F. **Psychosomatic Medicine**, Its Principles and Applications. Norton and Company, New York 1950.

ANDRADE, L.H.S.G; LÓLIO, C. A; GENTIL, V; LAURENTI, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. In: **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, 1997.

ASSOCIADOS, FATORES. Bases psiconeurofisiológicas do fenômeno placebo-nocebo: evidências científicas que valorizam a humanização da relação médico-paciente. **Rev Assoc Med Bras**, v. 55, n. 1, p. 13-8, 2009.

BASS, Christopher; PEVELER, ROBERT; HOUSE, ALLAN. Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. **The British Journal of Psychiatry**, v. 179, n. 1, p. 11-14, 2001.

BARBARA, Giovanni et al. Almost all irritable bowel syndromes are post-infectious and respond to probiotics: controversial issues. **Digestive Diseases**, v. 25, n. 3, p. 245-248, 2007.

BARKHAM, Michael et al. Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 64, n. 5, p. 1079, 1996.

BARSKY, Arthur J.; ORAV, E. John; BATES, David W. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. **Archives of general psychiatry**, v. 62, n. 8, p. 903-910, 2005.

BELLAK, L. **El uso clinico de lãs pruebas psicológicas Del TAT, CAT y SAT**. México: El Manual Moderno, 1979.

BENGTSON, May-Bente et al. Irritable bowel syndrome in twins: genes and environment. **Gut**, v. 55, n. 12, p. 1754-1759, 2006.

BIESIEKIERSKI, Jessica R. et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial. **The American journal of gastroenterology**, v. 106, n. 3, p. 508-514, 2011.

BRANDT, Lawrence J. et al. Systematic review on the management of irritable bowel syndrome in North America. **Am J Gastroenterol**, v. 97, n. 11 Suppl, p. S7-26, 2002.

BRANDT, L. J. et al. An Evidence-Based Position Statement on the Management of Irritable Bowel Syndrome (vol 104, pg S1, 2009). **American Journal of Gastroenterology**, v. 104, n. 4, p. 1072-1072, 2009.

BRONSTEIN, Catalina. On psychosomatics: The search for meaning. The International **Journal of Psychoanalysis**, v. 92, n. 1, p. 173-195, 2011.

CANNON, W. **The mechanical factors of digestion**. Longmans, Green & Company, 1911.

CANNON, W. **Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage**. New York, NY: D. Appleton & Company; 1915.

CANNON, W. B. **The Wisdom of the Body**. NY: W. W. Norton, 1932.

CAPITÃO, C. G. Psicossomática: duas abordagens de um mesmo problema. In: **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, nº 2, p 21-29. 2006.

CARVER, Charles S.; SCHEIER, Michael F.; SCHEIER, Michael F. **Perspectives on personality**. 1992.

CHANG, Lin et al. Sensation of bloating and visible abdominal distension in patients with irritable bowel syndrome. **The American journal of gastroenterology**, v. 96, n. 12, p. 3341-3347, 2001.

CHEY, William D.; KURLANDER, Jacob; ESWARAN, Shanti. Irritable bowel syndrome: a clinical review. **Jama**, v. 313, n. 9, p. 949-958, 2015.

CHIUVE, Stephanie E. et al. Healthy lifestyle factors in the primary prevention of coronary heart disease among men benefits among users and nonusers of lipid-lowering and antihypertensive medications. **Circulation**, v. 114, n. 2, p. 160-167, 2006.

CHURCHLAND, Paul M. Eliminative materialism and the propositional attitudes. In: **The Journal of Philosophy**, p. 67-90, 1981.

COHEN, J. Statistical power and analysis for the beliavioral sciences (2flded.). 1988.

CREED, F. H.; CRAIG, T.; FARMER, R. G. Functional abdominal pain, psychiatric illness, and life events. **Gut**, v. 29, n. 2, p. 235-242, 1988.

CREED, Francis et al. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. Gastroenterology, v. 124, n. 2, p. 303-317, 2003.

CREED, Francis et al. Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. **The British Journal of Psychiatry**, v. 186, n. 6, p. 507-515, 2005.

CREMONINI, Filippo; TALLEY, Nicholas J. Irritable bowel syndrome: epidemiology, natural history, health care seeking and emerging risk factors. **Gastroenterology Clinics**, v. 34, n. 2, p. 189-204, 2005.

CUIJPERS, Pim et al. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 76, n. 6, p. 909, 2008.

CUNHA, J. A. A história do examinando. In: **Psicodiagnóstico V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DAMASIO, Antonio. R. **Descartes' Error.** New York: J.P. Putnam's Son. 1994.

DAMIÃO, A. MORAES-FILHO, J. Diagnóstico e tratamento da síndrome do intestino irritável. In: **Psiquiatria na prática médica**. v.34, n. 2. São Paulo, 2001.

DEUTSCH, Felix. The choice of organ in organ neuroses. **International Journal of Psycho-Analysis**, v. 20, p. 252-262, 1939.

DEVANARAYANA, Niranga Manjuri et al. Abdominal pain–predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 53, n. 6, p. 659-665, 2011.

DONG, Liu et al. An epidemiologic study of irritable bowel syndrome in adolescents and children in China: a school-based study. **Pediatrics**, v. 116, n. 3, p. e393-e396, 2005.

DROSSMAN, Douglas A. et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. **Annals of internal medicine**, v. 113, n. 11, p. 828-833, 1990.

DROSSMAN, Douglas A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. **gastroenterology**, v. 130, n. 5, p. 1377-1390, 2006.

DROSSMAN, D. A. Os distúrbios gastrointestinais funcionais e o processo ROMA III, In: **Capítulos selecionados dos critérios de ROMA** III: os distúrbios gastrointestinais funcionais. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

DUNBAR, H.F. **Emotions and Bodily Changes**. Columbia University Press: New York, 1935.

EKSTERMAN, A. O Clínico como Psicanalista IN: Contribuições Psicanalíticas a Medicina Psicossomática. **Revista de Psicossomática**, 3 (1) Recife, 1986.

EKSTERMAN, Abram. Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. **Rev Bras Psicanálise**, v. 28, n. 1, p. 9-24, 1994.

ENGEL, George L. A Psychological Setting of Somatic Disease: TheGiving Up-Given Up'Complex. **Proceedings of the Royal Society of Medicine**, v. 60, n. 6, p. 553, 1967.

ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.

EVERITT, Hazel A. et al. Management of irritable bowel syndrome in primary care: feasibility randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a patient self-management cognitive behavioural therapy website.(MIBS trial). **BMC gastroenterology**, v. 10, n. 1, p. 1, 2010.

FAIN, M. Interventions, régression et instinct de mort: Hypothèses à propos de l'observation psychosomatique. **Rev Fr Psychanal** 31:1129-33, 1967.

FARTHING, M. J. G. Irritable bowel, irritable body or irritable brain. **BMJ**, 1995.

FARNAM, Alireza et al. Five personality dimensions in patients with irritable bowel syndrome. **Neuropsychiatr Dis Treat**, v. 4, n. 5, p. 959-62, 2008.

FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. The clinical domains of psychosomatic medicine. **The Journal of clinical psychiatry**, v. 66, n. 7, p. 849-858, 2005.

FAVA, Giovanni A.; SONINO, Nicoletta. The biopsychosocial model thirty years later. **Psychotherapy and Psychosomatics**, v. 77, n. 1, p. 1-2, 2008.

FERENCZI S (1926). Organ neuroses and their treatment. In: Ferenczi S. **Final contributions to the problems and methods of psycho-analysis**, 22-8. London: Hogarth, 1955.

FERRAZ, F.C. Das neuroses atuais à Psicossomática. In: FERRAZ F.C. VOLICH R.M., (orgs.) **Psicossoma I** – Psicanálise e Psicossomática, S. Paulo,Casa do Psicólogo, 1997.

FIGUEIRA, I.; NARDI, A.E.; VERSIANI, M. Diagnóstico e tratamento dos transtornos somatoformes. In: **Jornal Brasileiro de Psquiatria**, n.48, p. 35-42, 1999.

FONAGY, Peter. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: an update. **World Psychiatry**, v. 14, n. 2, p. 137-150, 2015.

FONSECA, F. C. A. COELHO, R. Z. NICOLATO, R. MALLOY-DINIZ, L. F. SILVA FILHO, H. C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. In: **J. bras. psiquiatr**. vol.58 no.2. Rio de Janeiro, 2009.

FORD, Alexander C. et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. **The American journal of gastroenterology**, v. 109, n. 9, p. 1350-1365, 2014.

FOXX-ORENSTEIN, Amy. IBS–review and what's new. **Medscape General Medicine**, v. 8, n. 3, p. 20, 2006.

FRANCISCONI, C. F. M (org). **Capítulos selecionados dos critérios de Roma III**: os distúrbios gastrointestinais funcionais. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago. 1996

_____ Algumas considerações para um estudo comparativo das paralisias motoras orgânicas e histéricas, 1893.

_____Estudos sobre a histeria, 1895.

_____ Projeto para uma psicologia científica, 1895.

_____ Observações adicionais sobre as neuropsicoses de defesa, 1896.

_____ Três ensaios sobre a sexualidade, 1905

_____ A pulsão e seus destinos, 1915

_____ O ego e o Id, 1923

FUJII, Yasushi; NOMURA, Shinobu. A prospective study of the psychobehavioral factors responsible for a change from non-patient irritable bowel syndrome to IBS patient status. **BioPsychoSocial medicine**, v. 2, n. 1, p. 1, 2008.

Gebara, A. C. **Eficácia Terapêutica da Interpretação Teorizada na Psicoterapia Breve Operacionalizada**, Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista, São Bernardo do Campo, 2001.

GUGGENHEIM F, SMITH GR. Tanstornos Somatoformes. In: Kaplan HI, Sadock BJ. **Tratado de Psiquiatria** 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 1361-81.

GUREJE O, SIMON GE, USTUN TB, GOLDBERG DP. Somatization in cross-cultural perspective: A World Health Organization study in primary care. In: **American Journal of Psychology**, n.8154, p. 989-995, Washington DC, 1997.

GUTHRIE, Elspeth et al. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. **Gastroenterology**, v. 100, n. 2, p. 450-457, 1991.

GUTHRIE, Elspeth et al. A randomised controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. **The British Journal of Psychiatry**, v. 163, n. 3, p. 315-321, 1993.

HAMMERLE, Christopher W.; SURAWICZ, Christina M. Updates on treatment of irritable bowel syndrome. **World journal of gastroenterology**, v. 14, n. 17, p. 2639, 2008.

HAYES, Paula A.; FRAHER, Marianne H.; QUIGLEY, E. M. Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. **Gastroenterol Hepatol**, v. 10, n. 3, p. 164-74, 2014.

HENNINGSEN, Peter; ZIMMERMANN, Thomas; SATTEL, Heribert. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. **Psychosomatic medicine**, v. 65, n. 4, p. 528-533, 2003.

HINSIE, L.E, CAMPBELL, R.J. **Psychiatric dictionary**. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1960.

HISLOP, I. G. Childhood deprivation: an antecedent of the irritable bowel syndrome. **The Medical journal of Australia**, v. 1, n. 9, p. 372, 1979.

HOWELL, Stuart et al. The irritable bowel syndrome has origins in the childhood socioeconomic environment. **The American journal of gastroenterology**, v. 99, n. 8, p. 1572-1578, 2004.

HYPHANTIS, Thomas et al. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. **PAIN®**, v. 145, n. 1, p. 196-203, 2009.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS**. Reporter's Guide to IBS**. Milwaukee, 2010.

JONES, M. P. et al. Brain–gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 18, n. 2, p. 91-103, 2006.

KAZDIN, Alan E. Evidence-based treatment and practice: new opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. **American psychologist**, v. 63, n. 3, p. 146, 2008.

KIM, Jaegwon. **Mind in a physical world**: essays on the mind-body problem and mental causation. Cambridge: MIT Press.1998.

KOLOSKI, Natasha A.; TALLEY, Nicholas J.; BOYCE, Philip M. A history of abuse in community subjects with irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: the role of other psychosocial variables. **Digestion**, v. 72, n. 2-3, p. 86-96, 2005.

KROENKE, Kurt; SWINDLE, Ralph. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials. **Psychotherapy and psychosomatics,** v. 69, n. 4, p. 205-215, 2000.

LAMBERT, M. J., & OGLES, B. M.. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: **Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change 5th ed**., pp. 139 –193. New York, 2004

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LEE, Sun-Young et al. Irritable bowel syndrome is more common in women regardless of the menstrual phase: a Rome II-based survey. **Journal of Korean medical science**, v. 22, n. 5, p. 851-854, 2007.

LEICHSENRING, Falk. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. **Clinical psychology review**, v. 21, n. 3, p. 401-419, 2001.

LEICHSENRING, Falk; RABUNG, Sven; LEIBING, Eric. The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in SpecificPsychiatric Disorders: A Meta-analysis. **Archives of general psychiatry**, v. 61, n. 12, p. 1208-1216, 2004.

LIPOWSKI,Z.J. "What does the word Psychossomatic" really mean? A Historical and Semantic Inquiry, In: **Psychosomatic Medicine**. vol 46, no.2, 1984.

LIPOWSKI, Z.J. Psychosomatic medicine: past and present. Current state. In: **Am. Journal Psychiatry**, n. 38. 1986.

LIPSEY, Mark W.; WILSON, David B. The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: confirmation from meta-analysis. **American psychologist**, v. 48, n. 12, p. 1181, 1993.

LIPSITT, D. R. Psychosomatic Medicine: History of a new specialty. Blummenfield M, Strain JJ, **Psychosomatic Medicine**, 1st ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

MAHVI-SHIRAZI, Majid et al. Irritable bowel syndrome treatment: cognitive behavioral therapy versus medical treatment. **Arch Med Sci**, v. 8, n. 1, p. 123-9, 2012.

MARTY, P. **A Psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARTY, P; M'UZAN, M. O pensamento operatório. In: **Revista Brasileira de Psicanálise**. v. 28, p. 165-174, São Paulo, 1994.

MASON, John W. A review of psychoendocrine research on the pituitary-adrenal cortical system. **Psychosomatic Medicine**, v. 30, n. 5, p. 576-607, 1968.

MASON, John W. A re-evaluation of the concept of 'non-specificity'in stress theory. **Journal of Psychiatric research**, v. 8, p. 323-333, 1971.

MASON, John W. A historical view of the stress field. In: **Journal of human stress**, v. 1, n. 2, p. 22-36, 1975.

MATTILA, Aino K. et al. Alexithymia and health-related quality of life in a general population. **Psychosomatics**, v. 50, n. 1, p. 59-68, 2009.

MCEWEN, Bruce S. Protective and damaging effects of stress mediators. **New England journal of medicine**, v. 338, n. 3, p. 171-179, 1998.

MCDOUGALL, J. The "dis-affected" patient: reflections on affect pathology. In: **Psychoanalytic Quarterly**, v.53, pp.386-409. 1984

MCDOUGALL, J. Em defesa de uma certa anormalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MCDOUGALL, J. **Teatros do corpo.** O psicossoma em Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MELLO FILHO, Júlio. **Concepção psicossomática**: visão atual. Casa do Psicólogo, 1978.

MELLO FILHO, J. **Concepção psicossomática**: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENDALL, Michael A.; KUMAR, Davinder. Antibiotic use, childhood affluence and irritable bowel syndrome (IBS). **European journal of gastroenterology & hepatology**, v. 10, n. 1, p. 59-62, 1998.

MIJOLLA, A. **Dicionário Internacional de Psicanálise**: conceitos, noções, biografias, eventos e instituições. Rio de Janeiro: Imago, 2005

MIKOCKA-WALUS, Antonina A. et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian experience. Psychological co-morbidity in IBD, IBS and hepatitis C. **Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health**, v. 4, n. 1, p. 1, 2008.

MISZPUTEN SJ, ANDRÉ EA, FRANCISCONI CF. **Síndrome do Intestino Irritável** - SII. São Paulo: Lemos Editorial 2002.

MURRAY, H. A. **Teste de Apercepção Temática** (TAT). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

MURIEL, D. et al. Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo ay factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. **Archivos de medicina** (col), n. 13, p. 51-67, 2006.

NEMIAH, J. SIFNEOS, P. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: **Modern trends in psychosomatic medicine**. V. 2. Londres: Butterworth press. 1970.

PALSSON, Olafur S.; DROSSMAN, Douglas A. Psychiatric and psychological dysfunction in irritable bowel syndrome and the role of psychological treatments. **Gastroenterology clinics of North America**, v. 34, n. 2, p. 281-303, 2005.

PATEL, S. M. et al. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis1. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 17, n. 3, p. 332-340, 2005.

PERES, R. **Psicossomática psicanalítica**: intersecções entre teoria, pesquisa e clínica. Campinas, SP: Editora Alínea, 2012.

PERESTRELLO, Danilo. **A medicina da pessoa**. Livraria Atheneu, 1982.

PONTES, J. F. Integração dos sintomas nos planos somáticos e psico-emocional. **Arq. Gastroenterol,** v. 12, n. 2, p. 83-87, 1974.

PONTES, J. F. Conceito de integração em medicina psicossomática. In: **Arq Gastroenterol**, v. 12, n. 2, p. 83-7, 1975.

PONTES, J.F. et all. **Apostila do Curso de Medicina Sócio-Psicossomática do IBEPEGE**, São Paulo, IBEPEGE, 1980.

PORCELLI, P. SONINO, N. et al. Psychological Facttors Affecting Medical Conditions In: **A new classification for DSM V**, ISSN 0065-3268, Editora Karger, Basel, Switzerland, 2007.

PORTINCASA P, MOSCHETTA A, BALDASSARRE G, ALTOMARE DF, PALASCIANO G. Pan-enteric dysmotility, impaired quality of life and alexithymia in a large group of patients meeting ROME II criteria for irritable bowel syndrome. **World J Gastroenterol**. V9. P 2293-2298, 2003.

PRADO, M.A.P. **Estudo sobre o impacto psicológico da intercorrência cirúrgica**: trauma e seus efeitos pós-traumáticos. Aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário e pelo Comitê de Ética do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, p. 14, 2004

PRAZERES, N. Alexitimia: uma forma de sobrevivência. In: **Revista Portuguesa de Psicossomática**. Jan-Jun, v. 2. Porto:Portugal, 2000.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE. **Introductory statement** - The editors. vol. 1, no.1, january, 1939.

ROBINSON, Leslie A.; BERMAN, Jeffrey S.; NEIMEYER, Robert A. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. **Psychological bulletin**, v. 108, n. 1, p. 30, 1990.

RODRIGUES, A.L. **Temas de Psicossomática**, vol.1. Roche. São Paulo, 1989.

RODRIGUES, A L; CAMPOS E M P; PARDINI, F. - Mecanismo de Formação dos Sintomas IN: Spinelli, M R (org.) **Introdução à Psicossomática**, São Paulo, Atheneu, 2010.

ROSENMAN, Ray H. et al. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 1/2 years. **Jama**, v. 233, n. 8, p. 872-877, 1975.

SAITO, Y. A. et al. Irritable bowel syndrome aggregates strongly in families: a family-based case-control study. **Neurogastroenterology & Motility**, v. 20, n. 7, p. 790-797, 2008.

SANTOS FILHO, O. C. Psicoterapia psicanalítica do paciente somático. In: **Psicossomática Hoje**. Artmed, São Paulo, 2009.

SAPOLSKY, R. M. **Por que as zebras não têm úlceras**. São Paulo: Francis, 2007.

SAPS, Miquel; BONILLA, Silvana. Early life events: infants with pyloric stenosis have a higher risk of developing chronic abdominal pain in childhood. **The Journal of pediatrics,** v. 159, n. 4, p. 551-554. e1, 2011.

SELYE, Hans. **The physiology and pathology of exposure to stress**. 1950.

SELYE, H. **The stress of life**. New York: McGraw-Hill, 1956

SELYE, H. **Stress in health and disease**. Reading, MA: Butterworth's, 1976a.

SHAPIRO, David A. et al. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. **Journal of consulting and clinical psychology**, v. 62, n. 3, p. 522, 1994.

SHER, L. The placebo effect on mood and behavior: the role of the endogenous opioid system. **Medical hypotheses**, v. 48, n. 4, p. 347-349, 1997.

SHEDLER, Jonathan. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. In: Psychodynamic **Psychotherapy Research. Humana Press**, 2012. p. 9-25.

SHEPHERD, Susan J.; LOMER, Miranda CE; GIBSON, Peter R. Short-chain carbohydrates and functional gastrointestinal disorders. **The American journal of gastroenterology**, v. 108, n. 5, p. 707-717, 2013.

SIFNEOS, P.E. The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. In: **Psychother Psychosom**, n. 22, p. 255-262, 1973.

SIFNEOS, P.E. APFEL-SAVITZ, R. FRANKEL, F. H.The phenomenon of "alexithymia". In: **Psychterapy Psychossomatics**, n. 28, 1977.

SIFNEOS, P. E. Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. In: **Psychotherapy and Psychosomatics**, 56, 116-122, 1991.

SILVA, E. F. **Teste de Apercepçäo Temática de Murray (TAT) na cultura brasileira**: manual de aplicaçäo e interpretação. Fundaçäo Getúlio Vargas; 1984

SIMON, R. **Psicoterapia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SIMON, R. **Psicoterapia Breve Operacionalizada**. Teoria e Técnica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

SIMON, Ryad; YAMAMOTO, Kayoko. Psicoterapia breve operacionalizada em situação de crise adaptativa. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, v. 16, n. 2, p. 144-151, 2008.

SMADJA, C. Le modèle psychosomatique de Pierre Marty. **Revue Française de Psychosomatique**, v. 7, p. 7-25, 1995.

SMITH, Mary Lee; GLASS, Gene V.; MILLER, Thomas I. The benefits of psychotherapy. **Johns Hopkins University Press**, 1980.

STEINBRECHER, Natalie et al. The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. **Psychosomatics**, v. 52, n. 3, p. 263-271, 2011.

SVEDLUND, Jan et al. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. **The Lancet**, v. 322, n. 8350, p. 589-592, 1983.

SYKES, Mark A. et al. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. **Journal of behavioral medicine**, v. 26, n. 4, p. 361-372, 2003.

TAYLOR, G. Psychossomatics and self-regulation. In: BARRON, J.W, EAGEL, M. N., & WOLITZKY, D. L. **Interface of psychoanalisys and psychology**. American Psychological Association, Washington, DC: 1992.

THOMPSON, W. Grant et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. **Gut**, v. 45, n. suppl 2, p. II43-II47, 1999.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Vozes, 2003.

TURNER, Erick H. et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 3, p. 252-260, 2008.

VALENTE, G. B. ; RODRIGUES, A. L. . Psicossomática e Psicanálise: uma história em busca de sentidos. In: XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, 2010, Gramado. **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática**. Porto Alegre : ABMP/RS, 2010. v. 1. p. 122-122.

VALENTE, G. B. **A questão da simbolização na Psicossomática**: estudo com pacientes portadores de transtorno neurovegetativo somatoforme e de transtorno de pânico. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

VAN OUDENHOVE, Lukas et al. Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. **Digestion**, v. 82, n. 4, p. 201-210, 2010.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev Socerj**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VIDELOCK, Elizabeth J. et al. 1002 The Effect of Childhood Trauma and Abuse on the Development of Irritable Bowel Syndrome is Mediated by Somatization. **Gastroenterology**, v. 138, n. 5, p. S-144, 2010.

WAMPOLD, Bruce E. et al. A meta-(re) analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. **Journal of affective disorders**, v. 68, n. 2, p. 159-165, 2002.

WEINRYB, R. Alexithymia: old wine in new bootles? In: **Psychoanalysis and contemporary thought**. V. 18, n. 2, 1995.

WHITEHEAD, W. E. BOSMAJIAN, L. ZONDERMAN, A. B. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. In: **Gastroenterology**, n. 95 1988.

WHITEHEAD, William E. et al. Comorbid psychiatric disorders in irritable bowel (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD). **Gastroenterology,** v. 124, n. 4, p. A398, 2003.

WOLFF, H. H. The psychodynamic approach to psychosomatic disorders: contributions and limitations of psychoanalysis. **British Journal of Medical Psychology**, v. 41, n. 4, p. 343-348, 1968.

ANEXOS

ANEXO A - Termo De Consentimento Livre E Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Nome.....

Documento de identidade nº..... sexo: M ☐ F ☐

Data de nascimento...../...../.....

Endereço.....

Bairro..... Cidade..... Estado.....

CEP..... Telefone: DDD (.....).....

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

- TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: "Intervenção psicológica em pacientes com Síndrome do Intestino Irritável para promover da capacidade de simbolização"
- PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Dr. Avelino Luiz Rodrigues (Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da USP). Contato: 3091-4911
- PESQUISADOR: Guilherme Borges Valente. Contato: 3062-3049
- Comitê de ética responsável pela pesquisa: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPH-IPUSP. Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27. CEP 05508-030, Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br .Tel. (11) 3091-4182
- Avaliação do risco da pesquisa: os riscos e desconfortos emocionais que podem ser gerados pela pesquisa serão trabalhados no próprio encontro, pelo pesquisador, de forma que o participante terá o suporte necessário.
- Tempo de participação na pesquisa: no máximo 6 meses.
- Duração da pesquisa: 4 anos.

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PARTICIPANTE

A pesquisa tem como objetivo verificar se uma intervenção psicológica, com psicodiagnóstico e psicoterapia, pode gerar repercussões na saúde do paciente que melhorem os sintomas da Síndrome do Intestino Irritável, do tipo diarreico.

Para poder participar da pesquisa, o participante deve ser paciente do serviço ambulatorial da "Casa da Gastroenterologia", do Hospital São Paulo/UNIFESP, com o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável do tipo diarreico.

Os participantes serão divididos em dois grupos, por ordem de chegada e de forma alternada. O grupo experimental será submetido à intervenção psicológica, o grupo controle não. Para todos os participantes, será aplicado um questionário avaliação clínica referente à Síndrome do Intestino Irritável no início da participação e após até seis meses.

A intervenção psicológica será estruturada em três fases: 1) psicodiagnóstico; 2) psicoterapia breve; 3) reavaliação.

1) O psicodiagnóstico é composto por entrevista e teste psicológico, onde o participante irá contar sobre sua história de vida e criar histórias a partir de algumas imagens apresentadas. Ocorrerá em até quatro encontros, com duração de aproximadamente 60 minutos, a serem marcadas conforme acordo entre o participante e o pesquisador, em local específico para atendimento psicológico localizado em região central de São Paulo. Haverá gravação em áudio para posterior transcrição e análise, tendo acesso as gravações apenas o pesquisador.

2) A psicoterapia breve terá duração de até doze sessões, uma por semana, com duração de 50 minutos, em datas e horários acordados entre pesquisador e participante, no mesmo local onde se realizou o psicodiagnóstico.

3) A reavaliação irá ocorrer de dois a três meses após, quando será feita uma nova entrevista para se verificar as repercussões da intervenção psicológica e a condição clínica referente à Síndrome do Intestino Irritável.

IV – ESCLARECIMENTOS SOBRE GARANTIAS DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Com a assinatura deste termo estará garantido para você, a qualquer tempo:

- O acesso às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas;
- A liberdade de retirar seu consentimento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência no hospital;
- A salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
- Não haverá ônus financeiro ou pagamento para o participante.

V – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa. O Termo de consentimento livre e esclarecido foi apresentado em duas vias, uma de minha posse e outra de posse do pesquisador, rubricado em todas as folhas e assinado no final.

São Paulo, _____ de_____ de _____

_____ _____

Assinatura do participante da pesquisa Guilherme Borges Valente
Pesquisador

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP

Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27

CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP

E-mail: ceph.ip@usp.br Tel. (11) 3091-4182

ANEXO B - Questionário De Avaliação Clínica Para A Síndrome Do Intestino Irritável

Nome:

Idade: Aplicação nº: Data:

A - INTENSIDADE DAS DORES

1 - Sem dor 2 - Muito fraca 3 – Fraca 4 – Moderada 5 – Forte 6 - Muito forte

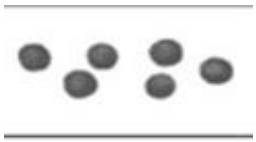
B - FREQUÊNCIA DAS DORES

1 – Nenhuma 2 - À cada semana 3 - À cada cinco dias 4 - À cada dois a três dias 5 - Todos os dias

C - FREQUÊNCIA DAS EVACUAÇÕES DIÁRIAS

1 –Nenhuma 2 -Uma vez 3 -Duas vezes 4 -Três vezes 5 -Quatro vezes 6 -Cinco ou mais vezes

D - FORMATO DAS FEZES



1 - Caroços endurecidos, separados, como nozes, de difícil expulsão

2 - Similares à salsicha, granuladas, de difícil expulsão

3 - Similares à salsicha, com irregularidades na superfície

4 - Similares à salsicha, lisas e macias

5 – Bolhas suaves e com bordas nítidas, de fácil expulsão

6 – Peças fofas com bordas em pedaço, um cocô sem consciência

7 - Aquosas, sem material sólido.

ANEXO C - Análise Do TAT – Participante 1 (Fernanda), aplicação inicial

História nº: 1 **Figura nº: 1**

1. **Tema:** O violinista triste

TL: 8s TT: 3:15 min - O que está acontecendo? Eu acho que... essa criança está entediada com alguma coisa... está chateada por algum motivo, não sei se ela não quer tocar esse instrumento. Não sei se ela não quer tocar o instrumento ou se alguma coisa aconteceu e ela está chateada e não quer tocar o instrumento. Essa parte é difícil. Ele pode estar sendo forçado a fazer alguma coisa que ele não quer... ou pode estar triste por ter levado uma bronca ou alguma coisa antes e ele ficou desanimado. Me parece que está triste, está bem pensativo. O que aconteceria depois? Não sei, ele pode se animar e... se ele gosta de música ele pode tocar para animar ele. Quem gosta de música normalmente escuta música. Ele pode querer tocar. Não sei mais o que dizer. *Inquérito*: *O que aconteceu para ele levar uma bronca?* Pode ser que ele estava brincando mas tinha horário para estudar música... mas ele queria continuar brincando. Não sei se o pai ou a mãe, está em outro lugar aqui. A pessoa queria que ele fizesse aquilo naquele lugar e naquele momento. Ele pode até gostar, mas não é o momento que ele quer fazer.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma criança está entediada e chateada e não se sabe se ela quer tocar o instrumento	(Se uma) criança está entediada e chateada ela não quer tocar o instrumento	Repressão dos impulsos. Perda de interesse sexual.
Ele pode estar sendo forçado a fazer alguma coisa que ele não quer	Pois ela está sendo forçada	Submissão dos desejos. Relações sexuais forçadas. Medo da perda do objeto de amor. Mudança do sujeito de feminino para masculino = repressão
Está triste por ter levado uma bronca e ficou desanimado	E ficou triste por ter brigado	Problemas de relacionamento
Mas pode se animar e tocar para ele	Mas pode se animar e tocar o instrumento para si	Desejos masturbatórios
Pode até gostar, mas não é o momento que ele quer fazer	Gosta de tocar o instrumento, mas não quando é forçado	Insatisfação sexual. Frustração

2. **Herói**

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** tocar instrumento

Interesses: brincar **Traços:** tédio, tristeza, chateação

Imagem corporal e/ou auto-imagem: passiva, insatisfeita

3. **Necessidades do herói:**
    a. **Necessidades comportamentais do herói:** brincar

       Influência dinâmica: satisfação dos desejos

    b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** pai, mãe

       Ampliando necessidades a ou para: acolhimento

    c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

       Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agressivo, frustrante
5. **Conflitos significativos:** relação afetiva, relação sexual, obrigações x impulsos
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 2 **Figura nº: 2**

1. **Tema:** Uma família feliz

TL: 6s TT: 4:48 min - Aqui é um campo né? A gente vê uma casa de campo. Um homem trabalhando, arando a terra. Uma mulher que parece que está indo estudar porque está indo com os livros nas mãos. Tem uma mulher que acredito que seja a mãe dela, essa senhora aqui encostado numa árvore. Me parece o início de dia, amanheceu, o homem parece que está começando o trabalho dele, a moça está indo estudar e a mãe está olhando, observando. Me parece que essa mãe está gestante. Aqui me parece que está tudo bem, né. A vida está normal, tudo tranquilo. Parece que as coisas estão acontecendo como tem que acontecer mesmo. (pausa) Depois que essa moça voltar da escola, esse senhor e essa mãe, acho que é a mãe dela, eles vão se encontrar pra almoçar, refeição. (pausa) Depois o homem deve voltar para o trabalho no campo. A moça deve... ajudar a mãe dela nos deveres de casa e fazer seus deveres de escola. Depois ela vai ficar livre para brincar, sair, não sei. Parece um lugar gostoso, um lugar bom. Não sei mais o que falar, acho que acabou.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma casa de campo, homem trabalhando, mulher indo estudar, mãe encostada na árvore, gestante	Descrição dos elementos da prancha	Repressão. Pensamento descritivo. Estudar = desejo de independência
Está tudo bem, a vida está normal, tudo tranquilo, as coisas estão acontecendo como tem que acontecer	Tudo está bem, normal, como deve ser	Racionalização
Depois que a moça voltar da escola, esse senhor e essa mãe vão se encontrar para almoçar	União familiar	Fantasia. Desejo de união familiar.
A moça deve ajudar a mãe nos deveres de casa e fazer os deveres de escola, depois vai ficar livre para brincar	Primeiro faz os deveres, depois se diverte	Superego rígido. Obediência.

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:** estudante

   Interesses: estudar **Traços:** obediência

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: competente

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** estudar, fazer os deveres

      Influência dinâmica: independência, dependência, desejo de uma família reunida

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** escola

Ampliando necessidades a ou para: independência

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** Acolhedor
5. **Conflitos significativos:** independência x dependência
6. **Ansiedades:** separação
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 3 **Figura nº: 3RH**

1. **Tema:** Hora de brincar

TL: 6s TT: 4:20 - Parece uma criança chorando. Ela está agachada, encostada acho que no sofá, numa poltrona, acho. Parece que ela está bem triste. Ela pode ter tido uma discussão com alguma amiguinha, uma coleguinha... ou os pais dela não deixou ela sair para brincar. Pode estar também com saudade de alguém. [O que poderia ser? Vamos nos concentrar numa história só] Acho que os pais dela não deixaram ela sair para brincar. Ela ficou triste. Ela está agachada no chão apoiando o rosto no sofá, debruçada. Parece que está chorando. O que eu falo? Pela tristeza assim dela, que ela está bem sentida, acho que era uma coisa que ela queria muito fazer. Mas também ela pode levantar daqui e pensar que amanhã ela pode brincar. Amanhã ela pode ... sair para brincar. Não sei o que falar. É difícil essa aqui pra mim.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma criança chorando, agachada, encostada no sofá, triste	(Se uma) criança está chorando, agachada, encostada no sofá, triste	Tristeza, depressão, desamparo
Pode ter tido uma discussão com alguma amiguinha, ou os pais dela não deixou ela sair pra brincar, ou saudade de alguém	Pode ter sido várias coisas	Indecisão. Racionalização
Os pais dela não deixaram ela sair para brincar e ficou triste	Pois os pais não deixaram ela fazer o que gostaria e ficou triste	Infantilização. Frustração. Dependência. Gostaria de brincar mas tem as obrigações de cuidar da irmã
Mas ela pode levantar daqui e pensar que amanhã ela pode brincar	Mas ela pode fazer o que quer outro dia	Idealização. Tentativa de superação

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:** chorar

   Interesses: brincar **Traços:** tristeza, angústia, depressão

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: desamparada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** brincar

      Influência dinâmica: desejo de satisfação

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** arma

Ampliando necessidades a ou para: repressão da violência

4. **Concepção do ambiente:** frustrante, triste
5. **Conflitos significativos:** satisfação x submissão, figura de autoridade, responsabilidade
6. **Ansiedades:** desamparo, auto-imagem
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização, idealização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 4 **Figura nº: 4**

1. **Tema:** (Não conseguiu dizer um tema)

TL: 10s TT: 4:03 min - Parece um casal, né. A esposa está abraçando o marido, segurando ele. Ele parece que está querendo sair e ela está segurando ele. Deve ter acontecido alguma coisa. Ela deve estar tentando acalmar ele. Parece que eles estão em casa né. O que pode ter acontecido aqui? A esposa me parece que está mais tranquila, ele tem um jeito que parece mais agitado. Por que ela está segurando ele? Não sei falar o que pode ser aqui. Não sei dizer. Tá difícil. Não sou boa de história. Não sei dizer, imaginar o motivo que pode ser que ele está assim. Dá a impressão que ele quer sair e ela está segurando. O que posso dizer aqui? Pode ser que aconteceu alguma coisa e ele quer resolver, e a esposa tentando acalmar. Não sei o que dizer. *Inquérito*: Não sei dizer o que aconteceu.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A esposa está abraçando o marido, está segurando ele e ele está querendo sair, deve ter acontecido alguma coisa	(Se uma) esposa está segurando o marido, aconteceu algo	Conflito conjugal
A esposa me parece que está mais tranquila, ele tem um jeito que parece mais agitado	A esposa tranquiliza o marido agitado	Conflito entre impulso e controle
Não sei o que aconteceu, não sou boa de história...	Não se sabe o por que	Repressão

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: segurar o marido **Traços:** tranquilidade/agitado

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: controladora

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** segurar o marido impulsivo

      Influência dinâmica: necessidade de controle

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** provocador
5. **Conflitos significativos:** controle x impulsividade, relação conjugal
6. **Ansiedades:** perda de controle, agressividade
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 5 **Figura nº: 6MF**

1. **Tema:** A secretária

TL: 15s TT: 4:10 min - Parece uma moça que está trabalhando. Acho que tem um senhor aqui conversando com ela, acho que deve ser o patrão dela. Estão calmos, eles estão tranquilos. Estão falando um assunto de trabalho mesmo. Acho que... ela tá chata aqui, ele tá fumando um cachimbo muito perto dela. Eu não gosto disso. Ela está fumando o cachimbo muito perto dela e ela deu uma afastada no rosto. (pausa) Me parece que eles estão trabalhando e ele conversando alguma coisa com ela sobre o trabalho mesmo e ela está bem atenta ao que ele está falando. Acho que depois que ela terminar o horário de serviço dela e terminar as coisas que ele pediu... acho que depois ela vai pra casa e vai querer ficar com a família, lanchar. Preparar. Descansar com a família e voltar outro dia para uma jornada de trabalho. *Inquérito*: Ele está pedindo para ela fazer algum serviço. Está orientando sobre alguma coisa. Ele está indo embora e dando alguma instrução pra ela.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma moça está trabalhando e tem um senhor conversando com ela, o patrão, estão calmos e tranquilos	(Se uma) moça está no trabalho e o patrão está conversando, estão calmos	Adequação a figura de autoridade
Ela tá chata aqui, ele tá fumando um cachimbo muito perto dela e ela deu uma afastada no rosto	Ela fica chata por ele fumar cachimbo perto dela e se afasta	Insatisfação sexual. Incômodo com relação de autoridade. Transferência com o psicólogo
Eu não gosto disso		Identificação
Eles estão conversando alguma coisa sobre o trabalho e ela está bem atenta ao que ele está falando	Voltam a conversar	Retorno da repressão
Depois de terminar o horário de serviço e as coisas que ele pediu, ela vai pra casa ficar com a família	Quando terminar as obrigações, vai voltar para a família	Primeiro as obrigações, depois a satisfação. Desejo de acolhimento. Angústia. Repressão

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:** trabalhar

   Interesses: terminar o trabalho **Traços:** competência, tranquilidade, irritabilidade

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: competente

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** terminar o trabalho

Influência dinâmica: reprimir os impulsos

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** casa, família

Ampliando necessidades a ou para: acolhimento

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** exigente
5. **Conflitos significativos:** relações sexuais, controle x impulso, figura de autoridade, responsabilidade
6. **Ansiedades:** agressividade
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, identificação
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 6 **Figura nº: 7MF**

1. **Tema:** Contando histórias

TL: 5s TT: 2:50 min - Me parece uma mãe conversando com a menina na sala. Ele estava brincando porque ela está com uma boneca no colo. Me parece que ela nesse momento está lendo um livro para ela. Eu imagino que seja uma tarde tranquila. A menina está olhando pelo vitrô da janela e imaginando a história que a mãe está contando. Acho que depois que terminar essa sessão de história, as duas vão fazer um lanchinho da tarde, tomar um chá. Depois eu acho que ela vai voltar a brincar com a boneca dela... e a mãe vai voltar a fazer os deveres da casa.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mãe conversando com a menina na sala, que antes estava brincando pois está com uma boneca no colo, está lendo um livro	Descrição da imagem	Repressão. Pensamento descritivo
Eu imagino que seja uma tarde tranquila. A menina está olhando pelo vitrô da janela e imaginando a história que a mãe está contando	A menina está imersa imaginando a história que a mãe está contando (sobre maternidade)	Fantasia com o desejo de maternidade. Relação materna idealizada.
Depois de terminar a sessão de história, as duas vão fazer um lanchinho	Depois vão lanchar juntas	Idealização
Depois ela vai voltar a brincar com a boneca e a mãe vai voltar a fazer os deveres de casa	Depois ela vai brincar com sua boneca e a mãe a fazer os deveres de casa	Agiu como a mãe da irmã, após o falecimento da mãe

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: brincar e ouvir histórias **Traços:** imaginativa

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: cuidadora

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** brincar e ouvir histórias

      Influência dinâmica: independência e desejo de maternidade

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** tranquilo

5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:** maternidade
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, fantasia
8. **Adequação do superego:** rígida
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 7 **Figura nº: 8MF**

1. **Tema:** Amigas para sempre

TL: 8s TT: 2:55 min - Me parecem duas moças. Acho que elas estão passeando no parque, num parque aberto, arborizado. Uma delas parece que tem um diário na mão porque mocinha gosta de diário né. Elas devem ter conversado bastante sobre o que estava escrito no diário. Elas são amigas e devem ter conversado. Acho que elas não perceberam o tempo passar, não se deram conta de que estava na hora de irem pra casa. Elas voltaram apressada para casa. Elas tiveram um dia muito bom. Elas foram passear e tiveram um dia muito bom. Conversaram bastante. A noite elas vão ficar no quarto lembrando das conversas. Foi um dia gostoso. Um dia gostoso para elas passarem juntas.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	Duas moças passeando, conversando, sem perceber o tempo passar	Relação entre ela e a irmã mais nova, que quando mocinhas eram mais próximas. Idealização dessa relação "amigas para sempre". Regressão

2. **Herói**

   Idade: mocinha **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: conversar com a amiga **Traços:** amigável

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** conversar com a amiga

      Influência dinâmica: solidão

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agradável
5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:** solidão
7. **Mecanismos de defesa:** idealização, regressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 8 **Figura nº: 11**

1. **Tema:** O dragão

TL: 18s TT: 3:30 - Não estou entendendo muito bem. Essas figuras me parecem que ... um lugar assim... montanhas que tem muitas pedras. Parece que tem um dragão saindo de uma caverna. Parece que ele está tentando pegar alguém, ou algo, não sei identificar aqui, se é uma pessoa ou um animal. Parece que está com muito medo essa pessoa, assim, não sei. Parece um lugar escuro, feio, sombrio. Mas acho que animalzinho vai conseguir sair daqui e fugir desse dragão. Acho que ele caiu aqui por acidente. Aqui não é o ambiente dele, desse animalzinho, que está encurralado. Acho que depois que ele sair daqui, acho que ele vai lembrar bastante desse lugar e não vai querer voltar para essa região aqui, para esse lugar, para essas proximidades.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	Descrição dos elementos da prancha	Pensamento descritivo. Repressão.
Um dragão saindo de uma caverna, tentando pegar alguém	Monstro saindo para agredir	Dificuldade de se adaptar aos impulsos agressivos
Parece que está com muito medo essa pessoa, num lugar escuro, feio, sombrio	Medo diante do desconhecido	Lida com o desconhecido com medo. Angústia
O animalzinho vai conseguir fugir desse dragão	Fuga do perigo	Foge diante do desconhecido e do perigo
Caiu por acidente, não é o ambiente dele, que está encurralado		Negação da culpa. Racionalização
Depois que sair daqui, ele vai lembrar bastante desse lugar e não vai querer voltar para essa região		Neuroticismo. Fuga.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: fugir **Traços:** medo

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: amedrontado

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** fugir

      Influência dinâmica: conflitos internos

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** hostil, ameaçador
5. **Conflitos significativos:** impulsos internos
6. **Ansiedades:** integridade física e emocional, desconhecido
7. **Mecanismos de defesa:** fuga, racionalização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 9 **Figura nº: 12**

1. **Tema:** Retrato de família

TL: 11s TT: 3:20 min - Acho que tem uma mulher né. Atrás dela deve ser a mãe dela, uma senhora bem idosa. As duas estão acho que posando para um retrato. Essa velhinha aqui fez pose, então é um retrato. Acho que depois que esse retrato ficar pronto... elas vão querer colocar num lugar de destaque, na sala. Elas vão sempre lembrar desse dia, pois quando se tira foto sempre se lembra daquele momento. As fotos elas sempre trazem lembranças daquilo que você viveu naquele momento, o que aconteceu com você naquele momento. Acho que elas sempre vão lembrar disso. Mais tarde as duas vão querer fazer comentários com a família, ou entre elas mesmas, sobre a foto. Elas estão tão tranquilas, estão bem, acho que elas se gostam, estão felizes.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma mulher e a mãe estão posando para um retrato	(Se uma) mulher e mãe posam para um retrato	Relação materna
Depois de ficar pronto, vão querer colocar num lugar de destaque. Vão sempre se lembrar daquele dia	Vão querer colocar num lugar de destaque para nunca esquecer	Saudades da mãe/pai (pai é relatada pela Fernanda como também sendo mãe)
Mais tarde as duas vão querer fazer comentários com a família ou entre elas mesmas	Comentar com os familiares	Desejo de expressão e acolhimento do sentimento de perda da mãe/pai

2. **Herói**

   Idade: adulta **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: tirar foto **Traços:** felicidade

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: feliz

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** tirar foto e comentar com a família

      Influência dinâmica: sentimento de perda da mãe/pai e desejo de expressá-los e ser acolhida na família

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** inseguro (precisa se assegurar das memórias da mãe/pai)
5. **Conflitos significativos:** expressão do sentimento de perda
6. **Ansiedades:** perda da mãe/pai

7. **Mecanismos de defesa:** idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 10 **Figura nº: 15**

1. **Tema:** Saudades

TL: 10s TT: 2:30 min – Parece que tem um homem num cemitério. Parece um cemitério onde ele está. Parece que está rezando por alguém que morreu porque ele está na frente de um túmulo. Está com as mãos juntas. Deve estar com saudade da pessoa que morreu. Acho que depois que ele fizer essa oração ele deve ir embora, sair desse lugar. Ele vai ficar com saudades, mas depois ele vai fazer as coisas do dia a dia dele e vai esquecer um pouco. Não sei o que falar desse cenário sombrio. Inquérito: *Quem morreu?* Morreu foi um parente desse homem. Algum parente e ele deve estar triste por causa disso. *Que parente?* O parente pode ser a mãe dele. Já é maior de idade, já é mais velho, então a mãe dele deve ser velhinha e faleceu.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um homem no cemitério rezando por alguém que morreu e deve estar com saudades	(Se um) homem está no cemitério rezando com saudades	Sentimento de perda
Depois que ele fizer a oração, ele deve ir embora	Ele vai embora depois que fizer a oração	Fuga. Tentativa de superação
Ele vai ficar com saudades, mas depois ele vai fazer as coisas do dia a dia dele e vai esquecer um pouco	Vai ficar com saudades mas vai esquecer	Repressão. Tentativa de superação
Pode ser a mãe dele, já é maior de idade, então a mãe dele deve ser velhinha e faleceu	Quem morreu deve ser a mãe	Sentimento de perda da mãe/pai. Racionalização

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** masculino **Vocação:**

   Interesses: rezar pela mãe **Traços:** saudades

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** rezar pela mãe/pai

      Influência dinâmica: sentimento de perda

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** luto

6. **Ansiedades:** perda
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 11 **Figura nº: 16**

1. **Tema:** Passeio no parque

TL: 11s TT: 3:05 - Ela precisa ser preenchida, né? Então vamos lá, a história precisa ser escrita. Eu acho que poderia estar uma família reunida num passeio ou em algum lugar que gostassem de estar juntos. Eu colocaria um parque, crianças, pessoas andando de bicicleta, uns cachorrinhos, passeando com a família. Momentos de descontração gostoso. Todos brincando, conversando, fazendo piquenique. Depois do passeio retornariam para casa. Ficariam comentando como foi gostoso aquele dia. Difícil preencher uma folha em branco né. Não sei mais o que dizer. Inquérito: *Quem são as pessoas dessa família?* Acho que é uma família bem grande. Deve estar pai, mãe, sobrinhos, tios, tias, primos, os avós.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma família reunida num passeio, num parque, com crianças...	(Se) a família está reunida	Vínculos familiares. Despersonalização (cisão?)
Todos brincando, conversando, fazendo piquenique	Estão brincando e conversando	Desejo de relações familiares positivas. Idealização da família
Depois retornariam para casa e ficariam comentando como foi gostoso aquele dia	E depois continuariam conversando	Desejo de continuidade nos contatos familiares

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** reunir a família

      Influência dinâmica: vínculos familiares problemáticos

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agradável, familiar
5. **Conflitos significativos:** relações familiares
6. **Ansiedades:** desgaste das relações familiares
7. **Mecanismos de defesa:** idealização, despersonalização
8. **Adequação do superego:** atuante

9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 12 **Figura nº: 19**

1. **Tema:** A casa da colina

TL: 8s TT: 3:10 - Aqui me parece uma casa na colina assim. É um alugar que faz muito frio. Está nevando bastante. O vento tá forte dos lados de fora da casa. Mas do lado de dentro a casa está quentinha, aconchegante. As pessoas já devem ter se reunido para jantar. Já é noite, então já devem ter jantado. Estão na sala reunidos contando histórias, dando risadas, fazendo palhaçadas. Depois acho que elas vão dormir, pra cama dormir. No outro dia vão ver se a tempestade de neve já passou pra sair da casa e fazer alguma atividade do lado de fora. Depois no final da tarde eles devem se reunir de novo, brincar de dominó, xadrez, passar o tempo, até a noite chegar novamente. *Inquérito: Quem são as pessoas que estão nessa casa?* Eu imaginei uma família que mora mais afastado, na colina. Imaginei uma família com crianças, adultos, os avós, tios.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma casa na colina onde faz muito frio e venta forte, mas do lado de dentro da casa está quentinha	(Se uma) casa está na colina e fazendo muito frio, dentro está quentinho e aconchegante	Diante de um ambiente hostil, busca acolhimento dentro de si. Despersonalização. (Cisão?)
As pessoas estão reunidas, conversando	As pessoas ficam reunidas	Desejo de acolhimento familiar diante de situações difíceis. Na fantasia, se está difícil, as pessoas deveriam se reunir para acolhê-la
Vão dormir e no outro dia vão ver se a tempestade de neve já passou pra sair da casa e fazer alguma atividade do lado de fora, para depois se reunirem novamente	E no outro dia vão ver se a situação melhorou	Idealização de melhora com o apoio familiar

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** reunir para conversarem até a tempestade de neve passar

      Influência dinâmica: desejo de acolhimento familiar

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** hostil
5. **Conflitos significativos:** relações familiares
6. **Ansiedades:** relações familiares
7. **Mecanismos de defesa:** idealização, despersonalização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

ANEXO D - Análise Do TAT – Participante 1 (Fernanda), aplicação final

História nº: 1 **Figura nº: 1**

1. **Tema:** Violinista

TL: 17s TT: 2:06 min - Uma criança observa um violino. Ele estuda música. Ele está pensando em criar acordes novos. Tem uma folha para transcrever. Eu sou ruim em história. Ele está pensativo, vai criar uma música que vai tocar depois. Eu nunca fui boa nisso. Ele está olhando para o violino, vai criar uns acordes e tocar depois		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma criança observa um violino. Ele estuda música. Ele está pensando em criar acordes novos	(Se uma) criança observa um violino, ele está estudando música e pensando em criar acordes novos	Motivação para mudanças
Tem uma folha para transcrever. Eu sou ruim em história	Mas é ruim em histórias	Pensamento descritivo. Superego atuante. Insegurança nas mudanças
Ele está pensativo, vai criar uma música que vai tocar depois. Eu nunca fui boa nisso	Está pensativo no que vai tocar depois pois nunca se achou bom para isso	Desejo de mudança X Insegurança. Auto-imagem negativa. A paciente faz uma distinção entre ela e o personagem. Atribui possibilidades boas a ele, e más a si própria. mecanismo de defesa em que projeta para fora de si as coisas boas, e fica com as ruins.

2. **Herói**

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** tocar violino

Interesses: criar novos acordes/música **Traços:** motivação, insegurança

Imagem corporal e/ou autoimagem: negativa

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** criar novos acordes/música

      Influência dinâmica: motivação para mudança

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** mudança x insegurança
6. **Ansiedades:** não conseguir promover mudanças
7. **Mecanismos de defesa:** cisão e projeção
8. **Adequação do superego:** repressivo
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 2 **Figura nº: 2**

1. **Tema:** Casa na fazenda

TL: 7s TT: 2:18 min - Uma família no campo. Moram aqui. Uma mulher relaxada tomando sol. Um homem trabalhando no sol. Uma moça estudante, vai ser professora. Estão felizes. O rapaz de cavalo, a mulher descansando, a moça com os livros. Acho que vão cuidar da casa, se reunir para fazer alguma atividade juntos. *Inquérito*: Que atividade? Eles estão bem. Não sei. Até parece que é final de tarde. Não se se alimentação ou um passeio a cavalo.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Uma família no campo. Moram aqui. Uma mulher relaxada tomando sol. Um homem trabalhando no sol.	(Se uma) família mora junta	Descrição da prancha.
Uma moça estudante, vai ser professora.		Desejo de transformação e crescimento
Estão felizes. O rapaz de cavalo, a mulher descansando, a moça com os livros. Acho que vão cuidar da casa, se reunir para fazer alguma atividade juntos.	As pessoas estão felizes e vão se reunir para fazer alguma atividade juntas	Idealização das relações familiares

2. **Herói**

   Idade: jovem **Sexo:** feminino **Vocação:** estudar

   Interesses: ser professora **Traços:** felicidade

   Imagem corporal e/ou autoimagem: positiva

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ser professora

      Influência dinâmica: transformação, crescimento, reunião da família

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** gravidez

      Ampliando necessidades a ou para: repressão dos desejos de maternidade

4. **Concepção do ambiente:** feliz
5. **Conflitos significativos:** desejo de maternidade

6. **Ansiedades:** desejo de família unida e feliz
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** repressivo
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 3 **Figura nº: 3RH**

1. **Tema:** Brincando até cansar

TL: 11s TT: 1:20 - Acho que é uma criança debruçada no sofá. Ela estava brincando e ficou cansada. Tem um objeto que não sei o que é. Ela estava brincando, cansou e debruçou. Eu fazia isso quando era criança. Quando acordar, vai brincar de novo. *Inquérito*: Que brincadeira? Não sei se vai brincar com esse brinquedo ou se vai brincar com outro, jogar bola. Vou falar um que eu gosto: quebra cabeça.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Acho que é uma criança debruçada no sofá. Ela estava brincando e ficou cansada. Tem um objeto que não sei o que é. Ela estava brincando, cansou e debruçou.	(Se uma) criança está debruçada no sofá foi por que estava brincando e se cansou	Negação do sofrimento. Racionalização. Infantilização. Desvitalização diante das angústias. Repressão da agressividade
Eu fazia isso quando era criança		Identificação
Quando acordar, vai brincar de novo.	Quando acordar vai brincar de novo	Idealização e ação como fuga da angústia

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: brincar **Traços:** cansaço

   Imagem corporal e/ou autoimagem: desvitalizada, aprisionada numa mesma tarefa

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** descansar depois de brincar

      Influência dinâmica: fuga das angústias

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** objeto no chão

      Ampliando necessidades a ou para: repressão da agressividade

4. **Concepção do ambiente:** cansativo
5. **Conflitos significativos:** repressão da agressividade
6. **Ansiedades:** agressividade

7. **Mecanismos de defesa:** negação, racionalização, infantilização, desvitalização, idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 4 **Figura nº: 4**

1. **Tema:** Conversa

TL: 11s TT: 2:31 min - São duas pessoas, um casal. Eles parecem que estão conversando e acho que a moça esqueceu de falar com o rapaz e segurou ele para falar uma coisa. Estão numa casa. Ela segurou mais um pouquinho para conversar mais uma coisa. Não sei se são casal. Pelo olhar da moça, parece algo interessante para dizer. *Inquérito*: O que tinha para falar? Algo que esqueceu. Qual é o conteúdo? Só faz pergunta difícil. Algum recado de trabalho.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
São duas pessoas, um casal.	(Se) são duas pessoas, então são um casal	Relacionamento amoroso
Eles parecem que estão conversando e acho que a moça esqueceu de falar com o rapaz e segurou ele para falar uma coisa	Estão conversando, mas a moça esqueceu de falar algo e segurou o rapaz para falar algo	Repressão x Impulsividade. Agressividade.
Não sei se são casal	Mas está incerta se é um casal	Incerteza no relacionamento amoroso.
Pelo olhar da moça, parece algo interessante para dizer	E parece que tem algo interessante para dizer	Desejo de se expressar para o marido (da participante)

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: falar algo para o parceiro **Traços:** repressão

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** falar algo para o parceiro

      Influência dinâmica: expressar para o marido

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** repressão x ansiedade, relacionamento
6. **Ansiedades:** separação
7. **Mecanismos de defesa:** repressão

8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 5 **Figura nº: 6MF**

1. **Tema:** A secretária

TL: 17s TT: 1:40 min - É um local de trabalho. A moça está conversando com o chefe. A moça se afastou pois ele está fumando cachimbo. Ela está mostrando alguma coisa de trabalho.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
É um local de trabalho. A moça está conversando com o chefe. A moça se afastou pois ele está fumando cachimbo. Ela está mostrando alguma coisa de trabalho.	(Se uma) moça está conversando com o chefe, ela se afasta pois ele está fumando cachimbo e ela está querendo mostrar algo do trabalho	Desinteresse sexual. Fuga do relacionamento amoroso para o trabalho Capacidade de simbolização comprometida.

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:** trabalho

   Interesses: conversar com o chefe sobre algo do trabalho **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** conversar com o chefe sobre algo do trabalho

      Influência dinâmica: desinteresse sexual, fuga do relacionamento amoroso para o trabalho

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** interesse sexual
6. **Ansiedades:** relacionamento amoroso
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 6 **Figura nº: 7MF**

1. **Tema:** Fim de tarde

TL: 6s TT: 1:36 min - Me parece uma criança conversando com a babá. Estava brincando com a boneca. A senhora está com o livro contando uma história. A menina está olhando para o lado, imaginando a história que a mulher está contando para ela. É um fim de tarde a hora que está contando. *Inquérito*: Que história? Está contando a história da branca de neve e os sete anões.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
		Ausência de afetividade com a figura maternal. Comprometimento da capacidade de simbolização

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: brincar e imaginar histórias **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: ausente da cena

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ouvir e imaginar a história

      Influência dinâmica:

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** relação com a figura maternal
6. **Ansiedades:**
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 7 **Figura nº: 8MF**

1. **Tema:** As amigas

TL: 7s TT: 1:20 min - São duas moças passeando. Tem o mar, estão próximas ao mar. Tem uma que está com um livro. Estava sentada embaixo do coqueiro lendo. Uma delas está indo em direção ao mar. Vão ficar próximas ao mar sentindo uma maré gostosa		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
		Descrição dos elementos das pranchas. Comprometimento da capacidade de simbolização

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: contemplativa

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:**

      Influência dinâmica:

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:**
7. **Mecanismos de defesa:**
8. **Adequação do superego:**
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 8 **Figura nº: 11**

1. **Tema:** O dragão

TL: 11s TT: 1:32 - Acho meio sombrio. Um dragão saindo de uma caverna. Um lugar bem escuro. É o habitat dele, onde mora. Pedras, uma ponte para atravessar, uma cachoeira. Tem um desenho que não sei identificar. O lugar mais claro é depois da ponte.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Acho meio sombrio. Um dragão saindo de uma caverna. Um lugar bem escuro. É o habitat dele, onde mora.	(Se) está saindo de onde mora, o lugar é escuro e sombrio	Mundo interno sombrio. Fuga dos conflitos internos. Ambiente doméstico hostil
Pedras, uma ponte para atravessar, uma cachoeira. Tem um desenho que não sei identificar. O lugar mais claro é depois da ponte.	Tem uma ponte para atravessar. Apesar de não saber identificar o que há, o lugar depois da ponte é mais claro	Desejo de mudança? Incerteza quanto ao que fazer?

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: sair da caverna **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** sair da caverna

      Influência dinâmica: fugir dos conflitos internos domésticos

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** sombrio e claro
5. **Conflitos significativos:** ambiente doméstico
6. **Ansiedades:** fuga dos conflitos
7. **Mecanismos de defesa:** fuga
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 9 **Figura nº: 12**

1. **Tema:** o retrato

TL: 9s TT: 1:26 min - Eu estou vendo uma mulher. Atrás tem uma senhora. Estão posando para o retrato. A mulher com olhar fixo para quem está pintando. A moça com olhar distante. Essa velhinha está com cara de sapeca, a moça não. *Inquérito*: Por que sapeca? Será que minha foto vai ficar bonita?		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Eu estou vendo uma mulher. Atrás tem uma senhora. Estão posando para o retrato. A mulher com olhar fixo para quem está pintando. A moça com olhar distante. Essa velhinha está com cara de sapeca, a moça não	(Se uma) há uma velha e uma moça, a mulher está com olhar distante e a velha está olhando para saber se vai ficar bonita	Vida adulta x vida infantil. Aspectos infantis relacionados ao fantasiar e à fuga da realidade. Aspectos adultos relacionados à sensualidade e sentir-se admirada

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: olhar distante/tirar foto bonita **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: velha: narcísica. Moça: ausente.

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** fantasiar/seduzir

      Influência dinâmica: fuga da realidade/sentir-se admirada

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** realidade, vida adulta x vida infantil
6. **Ansiedades:**
7. **Mecanismos de defesa:** fuga, cisão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 10 **Figura nº: 15**

1. **Tema:** O cemitério

TL: 7s TT: 1:26 min – Vejo um homem no cemitério. Foi visitar um túmulo. Está fazendo uma oração. Deve ter ido visitar alguém, um parente que morreu. É um lugar triste, não gosto desse lugar.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	(Se um)	Angústia. Luto pela perda de um parente (pela história de vida, a mãe).

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** masculino **Vocação:**

   Interesses: visitar um parente que morreu **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** orar para um parente

      Influência dinâmica: luto pela mãe

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** triste
5. **Conflitos significativos:** luto pela perda da mãe
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:**
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 11 **Figura nº: 16**

1. **Tema:** Uma página em azul

TL: 17s TT: 2:46 - Penso assim: quando tem uma página em branco, tem que preencher, então quero o melhor pra gente, expectativas para realização. Amigos, família, realização no emprego. Acho que realização. Se você tem uma página em branco você pode preencher, virar a página, ter o novo. Tem pessoas que tem medo do novo, mas pode ser bom. Já estou fazendo na minha vida, preenchendo uma página em branco.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	(Se) tem uma página em branco, tem que preencher com o melhor em expectativas e realizações, mesmo que se tenha medo.	Idealização. Otimismo. Desejo de mudança. Superação do medo

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: positiva

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** preencher com expectativas e realizações positivas

      Influência dinâmica: idealização

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** otimista
5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:** realidade
7. **Mecanismos de defesa:** idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 12 **Figura nº: 19**

1. **Tema:** Casa de inverno

TL: 6s TT: 1:16 - Parece essas casas de inverno. Está frio, tudo fechado. Neve. Tem pessoas aqui dentro. A família está conversando é um lugar bonito. Eu vejo beleza na neve.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	(Se) está frio, a casa está fechada	Introversão. Está passando por um momento difícil (relação com o ex-marido)
	Mas tem pessoas dentro e a família está conversando num lugar bonito	Desejo de acolhimento pela família. Idealização da relação familiar.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** acolhimento

      Influência dinâmica: ser acolhida pela família

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** parte interna da casa

      Ampliando necessidades a ou para: relações familiares próximas e acolhedoras

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** frio e hostil no exterior, acolhedor no interior
5. **Conflitos significativos:** relação com ex-marido, relações familiares
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** introversão, idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

ANEXO E - Análise Do TAT – Participante 2 (Iara), aplicação inicial

História nº: 1 **Figura nº: 1**

1. **Tema:** O menino e seus devaneios

TL: 12s. TT: 3:38 min - Tem um garoto, uma criança. Me dá a impressão de que apesar de o violino estar explícito aqui, em cima de uma mesa, esse menino está sentado... me dá a impressão de que ele está pensando se quer ou não quer tocar, se gosta ou se não gosta de tocar o violino. Ele tem um semblante super triste. Na verdade, assim, um pouco pensativo. Apoiando as mãos no rosto como se segurasse a cabeça e divagasse olhando para o violino. É uma criança que me parece bem melancólica. Um espaço escuro, acinzentado. Me dá um pouco de impressão de que ele tenta buscar uma solução para aquilo que ele está pensando. Não acho que ele gosta de tocar violino, não tem uma expressão de luz nos olhos, estão cabisbaixos, os lábios selados. De certa forma ou ele é obrigado a ter que encarar esse violino ou ... foi proposto a ele um aprendizado de música, mas não necessariamente que ele goste de estar seguindo por esse caminho. Não acho que seja uma cena de solução para essa questão que o favoreça. A impressão que eu tenho é essa. Acho que ele não vai ter um final muito feliz nessa questão. É o que eu tenho pra dizer dessa figura. [Inquérito: *No que ele está pensando*? Me dá a impressão aqui que ele está obrigado a ter que tocar esse instrumento e que não agrada ele. Acho que ele está refletindo sobre essa questão da obrigatoriedade, de tocar, de fazer algo que não gosta. De ter que lidar com essa questão, porque não me parece uma situação de alegria, está com os olhos fechados, os lábios fechados, olhando para o violino, parado, pensando.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Um menino está pensando se quer ou não tocar, se gosta ou não de tocar violino	(Se um) menino está em dúvida se gosta de tocar	Insegurança. Indecisão. Desejo de rebelião
Ele tem um semblante super triste... . É uma criança que me parece bem melancólica. Um espaço escuro, acinzentado.	Ele fica triste, melancólico	Tristeza. Depressão.
De certa forma, ou ele é obrigado a ter que encarar esse violino ou foi proposto a ele um aprendizado de música, mas não necessariamente que ele goste de estar seguindo por esse caminho	Pois ele foi obrigado a fazer algo que não gosta	Coerção. Submissão. Repressão dos desejos
Não acho que seja uma cena de solução para essa questão que o favoreça. A impressão que eu tenho é essa. Acho que ele não vai ter um final muito feliz nessa questão.	E não há o que possa fazer em relação a isso	Impotência. Passividade. Fatalismo.

2. **Herói**

Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:**

Interesses: refletir sobre a obrigatoriedade **Traços:** tristeza, indecisão

Imagem corporal e/ou auto-imagem: passiva

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** questionar a obrigatoriedade

      Influência dinâmica: desejo de rebelar-se

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** coercitivo
5. **Conflitos significativos:** submissão e repressão dos desejos
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 2 **Figura nº: 2**

1. **Tema:** A vida no campo

TL: 7s. TT: 5:56min - Essa história me dá a impressão de que é uma família. Mora no campo. Uma mulher encostada na árvore, descansando, muito provavelmente após ter trabalhado. Tem um homem que, me parece, está cuidando do campo. Tem um cavalo do lado dele selado. Me dá a impressão de que apesar de estar selado, me dá a impressão de que ele está puxando alguma coisa, como se estivesse ajudando a semear o campo. Me parece que tem um celeiro. Tem um espaço que tem o celeiro, ou dois. Uma casa ao fundo. Mais ao fundo ainda tem montanhas, um rio. Um lugar que me parece bem bonito. Tem vegetação também nesse espaço, árvores, arbustos. Tem uma garota que parece estar numa estrada, para ir à escola. Essas pessoas são simples, mas são pessoas que ganham o próprio sustento. Essa menina me parece que apesar de viver no campo, ela tem um cuidado com a aparência, se arruma, faz tranças no cabelo, penteia o cabelo junto com tranças, está com a roupa super ajeitada, as unhas arrumadas. Ela tem um cuidado para poder ir para a escola. Mas as expressões das pessoas continuam melancólicas. Essa família, apesar de simples, eles têm a possibilidade de estar cuidando e vivendo a própria vida. Eles estão amparados num lugar onde eles podem semear, plantar e colher, e ainda tem o rio para ajudar nessa situação de viver de ter de onde prover suas necessidades básicas. A menina tem a projeção para o futuro. Tem os livros nas mãos, está estudando. Isso dá uma possibilidade de melhoria de vida, pelo menos na perspectiva de vida dela. Acho que é isso. A família.... me parece uma família, cada um seguindo seus afazeres, seu dia a dia.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Descrição dos elementos da prancha	Dificuldade de elaboração	Repressão. Comprometimento da capacidade de simbolização
As expressões continuam melancólica	Tristeza entre os familiares	Conflitos familiares.
Essa família, apesar de simples, eles têm a possibilidade de estar cuidando e vivendo a própria vida. Eles estão amparados num lugar onde eles podem semear, plantar e colher, e ainda tem o rio para ajudar nessa situação de viver de ter de onde prover suas necessidades básicas	Família independente, capaz de cuidar de si mesma	Desejo de independência da família
A menina tem a projeção para o futuro. Tem os livros nas mãos, está estudando. Isso dá uma possibilidade de melhoria de vida, pelo menos na perspectiva de vida dela.	Menina com desejos de melhorar a vida na perspectiva dela, diferente do da família	Desejo de libertação da família. Desejo de superação

2. **Herói**

Idade: jovem **Sexo:** feminino **Vocação:** estudar

Interesses: melhorar a vida **Traços:** esperançosa

Imagem corporal e/ou auto-imagem: determinada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** melhorar a vida

      Influência dinâmica: insatisfação com as relações familiares

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** gravidez

      Ampliando necessidades a ou para: negação da relação com a mãe

4. **Concepção do ambiente:** auto-suficiente, ignorante
5. **Conflitos significativos:** conflitos familiares, insatisfação com a vida, relação com a mãe
6. **Ansiedades:** relações familiares
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, racionalização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 3 **Figura nº: 3RH**

1. **Tema:** Acabou a esperança

TL: 10s. TT: 5:39 min - É uma figura... aqui a gente tem uma história mais triste, parece. Eu noto que tem um revolver no chão. Essa pessoa está desolada, desanimada. Tem uma posição que ela... onde ela está no momento, apoiada no sofá, meio ajoelhada meio sentada no chão e de costas para o mundo. Nem mostra o seu rosto, pois está apoiada sobre o braço, apoiado no sofá. Essa situação me parece de falta de perspectiva, falta de caminho, totalmente com falta de ânimo para qualquer coisa, sem estar vendo uma saída. Me parece que num dado momento querer resolver definitivamente com uma situação extremamente drástica de tirar a própria vida. Apesar de não estar com o revolver em nenhuma das mãos, me parece uma arma que está no chão. Isso incorre no risco de tentar contra a própria vida, o que é muito triste. Eu espero que alguém chegue até essa pessoa, se ela estiver ainda com vida, e mostre que sempre tem um caminho para a gente poder sair das situações ruins. Sempre. Tirar a própria vida aí que não vai ter caminho nenhum. Uma situação extremamente radical para a pessoa chegar numa situação dessa. Eu espero de coração que alguém consiga resgatar essa pessoa e mostrar pra ela que enquanto a gente tem a vida como presente a gente consegue resolver as coisas, e desfrutar dessa vida que é tudo de bom que a gente tem. Enquanto a gente tem vida, a gente tem esperança, tem tudo, a gente consegue resolver as coisas. Sempre tem um caminho para resolução dos problemas. Tem um caminho. Tirar a própria vida não é o caminho. Eu espero que essa pessoa tenha alguém que resgate ela dessa situação. Ela sozinha não tem como se resgatar. Quando chega no caminho de tentar contra a própria vida, ela sozinha já não consegue enxergar nada. Que ela tenha a possibilidade de ter alguém enxergando e vendo ela nessa situação para que possa dar a mão, cuidar e mostrar a ela que existe caminho sim, que não deixe que ela tente contra a própria vida. [Inquérito: *O que aconteceu?* Essa pessoa sofreu uma grande decepção e desilusão a ponto dela ter um revólver ao lado dela. *Que grande decepção*? Alguma coisa relacionada a ela, é óbvio, mas algo que tenha muito a ver com a própria pessoa dela. Pode ter sido uma perda de alguém que fosse tão importante a ponto de não conseguir viver sem essa pessoa e pensar em tirar a própria vida. *Que pessoa*? Pode ser um irmão, um filho, um companheiro. *Quem poderia ser*? Um filho].		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Essa pessoa está desolada, desanimada. Tem uma posição que ela... onde ela está no momento, apoiada no sofá, meio ajoelhada meio sentada no chão e de costas para o mundo. Nem mostra o seu rosto, pois está apoiada sobre o braço, apoiado no sofá. Essa situação me parece de falta de perspectiva, falta de caminho, totalmente com falta de ânimo para qualquer coisa, sem estar vendo uma saída.	(Se uma) pessoa está de costas par ao mundo, está desolada, sem perspectiva e ânimo	Depressão. Desamparo. Impotência. Fatalismo.
Me parece que num dado momento querer resolver definitivamente com uma situação extremamente drástica de tirar a própria vida. Apesar de não estar com o revolver em nenhuma das mãos, me parece uma arma que está no chão. Isso incorre no risco de tentar contra a própria vida, o que é muito triste.	Ela vai tomar uma atitude drástica e tentar contra a própria vida	Tendências suicidas. Agressividade voltada para si. Impulsos internos maiores do que consegue lidar.

Eu espero que alguém chegue até essa pessoa, se ela estiver ainda com vida, e mostre que sempre tem um caminho para a gente poder sair das situações ruins. Sempre.	Mas é esperado que alguém chegue a tempo e a salve	Vitimização. Atuação histérica.
Tirar a própria vida aí que não vai ter caminho nenhum. Uma situação extremamente radical para a pessoa chegar numa situação dessa. Eu espero de coração que alguém consiga resgatar essa pessoa e mostrar pra ela que enquanto a gente tem a vida como presente a gente consegue resolver as coisas, e desfrutar dessa vida que é tudo de bom que a gente tem. Enquanto a gente tem vida, a gente tem esperança, tem tudo, a gente consegue resolver as coisas. Sempre tem um caminho para resolução dos problemas. Tem um caminho. Tirar a própria vida não é o caminho. Eu espero que essa pessoa tenha alguém que resgate ela dessa situação.	O que ela está fazendo não é certo	Atuação do superego. Racionalização. Expectativa de salvação pelo aplicador
Que grande decepção? Alguma coisa relacionada a ela, é óbvio, mas algo que tenha muito a ver com a própria pessoa dela. Pode ter sido uma perda de alguém que fosse tão importante a ponto de não conseguir viver sem essa pessoa e pensar em tirar a própria vida. *Que pessoa*? Pode ser um irmão, um filho, um companheiro. *Quem poderia ser*? Um filho].	Perdeu um filho e não consegue viver sem	Angústia de perda do amor do filho. Dependência afetiva pelo filho.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: tirar a vida **Traços:** depressão, tendências suicidas, histeria.

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: melancólica e desamparada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** tirar a vida

      Influência dinâmica: impulsos internos mais fortes do que consegue lidar

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** filho

Ampliando necessidades a ou para: angústia da perda do amor do filho

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** alguém

Ampliando necessidades a ou para: salvação, acolhimento

4. **Concepção do ambiente:** de desamparo
5. **Conflitos significativos:** relação com o filho, dependência afetiva
6. **Ansiedades:** perda do amor do filho, desamparo
7. **Mecanismos de defesa:** racionalização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 4 **Figura nº: 4**

1. **Tema:** Tentar de toda forma

TL: 5s. TT: 5:39min - Temos um casal... em uma cabana. Um homem querendo sair de uma situação onde a mulher tenta segurá-lo para novamente tentar uma conversa, para que possam se entender. Mas claramente ele já está dando as cotas, se virando para outro lado, não querendo ouví-la. Ele tem um olhar de que já está decidido de que não quer ouvir, que não tem volta. A expressão do rosto dele diz que ele já se determinou aquilo que ele quer, ou seja, não ouví-la. E ela tem uma atitude de estar buscando, de estar insistindo. Inclusive, parecendo-me que está abraçada a ele e puxando o corpo dele para ela com a mão esquerda, tentando fazer com que ele a ouça. O apoiar e puxar é como se fosse uma tentativa quase que desesperadora de tentar fazer convencê-lo de que pode ficar. Apesar da situação, ela tem uma expressão de determinação também. Só que com os olhos meios cabisbaixos na tentativa de fazê-lo ouvir. Aqui eu vejo ainda uma certa condição por parte dela de ter uma atitude de reconciliar, de buscar caminho, independente da posição dele. Engraçado que no fundo temos um quadro de uma mulher com pouca roupa, quase desnuda. Me parece um local simples também. Talvez a casa dela. Me parece uma casa de madeira. Engraçado que remete aos anos... sei lá, acho que 50, por causa do corte de cabelo dele e do penteado dela. Ela tem os olhos maquiados, os lábios pintados também. Quem sabe ainda haja condição de conversa aqui. Não me parece de todo perdido, apesar da face dele e do movimento do corpo querendo sair fora da situação. Talvez a gente saiba mais pra frente. [Inquérito: *O que aconteceu*? Aqui me parece que houve um desentendimento em relação a não compactuar pelos mesmos interesses e ele me parece estar desistindo da relação, e está rompendo, não quer mais, está virando as costas, sem querer argumentar. Tanto é que ela segura o braço dele tentando fazer ele se virar para ela, mas ele se recusa. Nesse caso, apesar de na história eu ter colocado que até poderia ter uma reconciliação, na verdade não, está determinado de que não exista mais nada aqui. Ele tá determinado a não voltar pra essa questão, não quer saber, não quer ouvir, não quer mais nada, e ela tenta.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Temos um casal... em uma cabana. Um homem querendo sair de uma situação onde a mulher tenta segurá-lo para novamente tentar uma conversa, para que possam se entender. Mas claramente ele já está dando as cotas, se virando para outro lado, não querendo ouví-la.	(Se um) homem está querendo sair, mas a mulher tenta convencê-lo, ele não quer ouví-la	Conflito amoroso. Relação heterossexual. Intolerância. Racionalidade leva ao rompimento dos vínculos
E ela tem uma atitude de estar buscando, de estar insistindo. Inclusive, parecendo-me que está abraçada a ele e puxando o corpo dele para ela com a mão esquerda, tentando fazer com que ele a ouça. O apoiar e puxar é como se fosse uma tentativa quase que desesperadora de tentar fazer convencê-lo de que pode ficar.	Então a mulher insiste, agride, quer que ele ouça, desespera-se	Intolerância a frustração. Desespero. Medo da perda do objeto de amor. Emoções levam à manutenção dos vínculos a qualquer custo.
Apesar da situação, ela tem uma expressão de determinação também. Só que com os olhos meios cabisbaixos na tentativa de fazê-lo ouvir. Aqui eu vejo ainda uma certa condição por parte dela de ter uma	Ela é determinada, fica com olhos cabisbaixos na tentativa de fazer ele ouvir. Deseja reconciliar	Determinação. Atuação histérica. Negação do conflito

atitude de reconciliar, de buscar caminho, independente da posição dele.	independente da posição dele	
Engraçado que no fundo temos um quadro de uma mulher com pouca roupa, quase desnuda. Me parece um local simples também. Talvez a casa dela. Me parece uma casa de madeira. Engraçado que remete aos anos... sei lá, acho que 50, por causa do corte de cabelo dele e do penteado dela. Ela tem os olhos maquiados, os lábios pintados também.	Descrição dos elementos da prancha	Repressão. Pensamento descritivo. Comprometimento da simbolização.
Quem sabe ainda haja condição de conversa aqui. Não me parece de todo perdido, apesar da face dele e do movimento do corpo querendo sair fora da situação. Talvez a gente saiba mais pra frente.	Desejo de reconciliação	Negação do conflito. Tentativa fantasiosa de solução dos problemas
apesar de na história eu ter colocado que até poderia ter uma reconciliação, na verdade não, está determinado de que não exista mais nada aqui. Ele tá determinado a não voltar pra essa questão, não quer saber, não quer ouvir, não quer mais nada, e ela tenta.	Porém não há volta	Aceitação do conflito. Conflito razão x emoção

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: terminar/retomar o relacionamento **Traços:** determinação

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** terminar/retomar o relacionamento

      Influência dinâmica: conflitos amorosos

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** anos 50

      Ampliando necessidades a ou para: conflito amoroso do passado (ex-marido)

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** antigo
5. **Conflitos significativos:** amoroso, razão x emoção

6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** negação, fantasia, repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 5 **Figura nº: 6MF**

1. **Tema: A cantada**

TL: 12s. TT: 3:05min – Aqui a gente tem um casal. Ele mais idoso, fumante, com um cachimbo. Os cachimbos me parecem charmosos, mas não me agrada o cheiro de fumaça. Dessa vez ele tem a expressão de que está buscando conversa, abordando essa mulher pelas costas. Ela se vira surpresa. Aqui me dá a impressão de uma abordagem, a impressão de que eles não se conhecem, pela surpresa que ela tem no olhar, no rosto. Esse me parece um local mais contido, pelos trajes da mulher, ela tem uma roupa mais fechada, abotoada até o pescoço. Me parece um cenário mais requintado, uma mesa toda entalhada. Ela tá sentada, ele tá de pé. Ele a aborda pelas costas e me parece então uma tentativa de conversa de um homem que não conhece essa mulher. Ela tem o rosto pintado, usa brincos nas orelhas, tá com um lencinho enfeitando a roupa. Não me parece uma situação de casa, muito pelo contrário. Quem sabe um novo romance pode se iniciar aqui?		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Dessa vez ele tem a expressão de que está buscando conversa, abordando essa mulher pelas costas.	(Se um) homem tem interesse, ele aborda a mulher pelas costas	Relação heterossexual. Insegurança nas relações amorosas. Expectativa de ser surpreendida
Ela se vira surpresa.	A mulher reage surpreendida	Instabilidade nas relações amorosas
Aqui me dá a impressão de uma abordagem, a impressão de que eles não se conhecem, pela surpresa que ela tem no olhar, no rosto. Esse me parece um local mais contido, pelos trajes da mulher, ela tem uma roupa mais fechada, abotoada até o pescoço. Me parece um cenário mais requintado, uma mesa toda entalhada. Ela tá sentada, ele tá de pé.	Pois não se conhecem e estão num lugar mais requintado	Racionalização
Ele a aborda pelas costas e me parece então uma tentativa de conversa de um homem que não conhece essa mulher. Ela tem o rosto pintado, usa brincos nas orelhas, tá com um lencinho enfeitando a roupa. Não me parece uma situação de casa, muito pelo contrário. Quem sabe um novo romance pode se iniciar aqui?	Não é uma situação antiga e um novo romance pode se iniciar	Transferência para o aplicador. Desejo de relacionamento amoroso. Carência

2. **Herói**

Idade: adulto **Sexo:** **Vocação:**

Interesses: iniciar um romance **Traços:**

Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
    a. **Necessidades comportamentais do herói:** iniciar um romance

       Influência dinâmica: carência afetiva. Transferência com o aplicador

    b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

       Ampliando necessidades a ou para:

    c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

       Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** requintado
5. **Conflitos significativos:** relacionamento amoroso
6. **Ansiedades:** relações amorosas
7. **Mecanismos de defesa:** racionalização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: boa

História nº: 6 **Figura nº: 7MF**

1. **Tema:** A distância

TL: 6s. TT: 7:08min – Aqui a gente tem uma família. Mas eu tenho uma certa dúvida. Aqui tem uma mulher de uma certa idade, de uns quarenta anos, me parece. Apesar de ser uma época mais antiga. Ela tem uma coisa na mão que não consigo identificar, parece um livro. Tem uma menina sentada ao lado dela com um bebezinho, mas é uma menina de uns dez, doze anos. Parece-me sugerir que essa criança pudesse até ser filha dessa menina. Num certo momento pensei que fosse um boneco na mão dela, mas me parece uma criança mesmo. Mas pra mim, na verdade, um bebê que é um irmãozinho, me parece um menino, e ela tá segurando enquanto a mãe faz uma leitura para eles. Num dado momento me pareceu que fosse um filho, mas não, não é o que eu acho. É como se ela estivesse realmente cuidando do irmão. Me chama atenção o fato de a mãe estar lendo, pois ela está olhando par ao livro, de cabeça abaixada, mas de novo, aparece aqui, essa menina está dando as costas para a mãe e olhando para frente, como se não estivesse prestando a menor atenção ao que a mãe está falando. Seja lá o que a mãe está lendo, não está fazendo a menor diferença e não tem a menor importância para essa menina. Na verdade, me dá a impressão que há um distanciamento entre essa mãe e essa filha. Nesse quadro não tem uma comunicação. Apesar de aqui existir uma situação de condição de vida boa em função da sala, dos móveis que são bons, tem um sofá, uma bergere, uma mesa de apoio, essa menina tá bem vestida, a mãe também, o bebê tá bem agasalhado. Essa história não tem afinidade nenhuma. Não existe comunicação aqui. Acabei de observar uma coisa: a mãe está com os lábios cerrados, ela também. Não é que a mãe esteja lendo para ela, a mãe está fazendo uma leitura sozinha e ela tá alí junto e segurando o bebê olhando para o mundo. Apesar de juntas, elas estão distantes. [Inquérito: *Por que elas estão distantes*? Os lábios fechados, cerrados, e essa menina dando as costas para a mãe, eu vejo que não existe uma comunicação. Porque independente de você estar no mesmo lugar, pode as pessoas não estarem falando nada. Mas o fato de elas estarem de frente, se observando, se olhando, aí há uma comunicação, há uma vontade de interagir. O fato de essa menina estar sentada de costas para a mãe, com o olhar distante para frente, nem observando o bebê que ela segura nos braços, existe um vazio aqui, uma falta de comunicação. Cada uma está no seu próprio mundo. A mãe ali lendo e a menina com o olhar a distância, ali observando alguma coisa a longe.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Aqui a gente tem uma família. Mas eu tenho uma certa dúvida. Aqui tem uma mulher de uma certa idade, de uns quarenta anos, me parece. Apesar de ser uma época mais antiga. Ela tem uma coisa na mão que não consigo identificar, parece um livro.	(Se) é relação familiar, gera dúvidas e tem dificuldade em identificar as coisas	Conflitos familiares. Diminuição da integração do ego
Tem uma menina sentada ao lado dela com um bebezinho, mas é uma menina de uns dez, doze anos. Parece-me sugerir que essa criança pudesse até ser filha dessa menina. Num certo momento pensei que fosse um boneco na mão dela, mas me parece uma criança mesmo. Mas pra mim, na verdade, um bebê que é um irmãozinho, me parece um menino, e ela tá segurando enquanto a mãe faz uma leitura para eles. Num dado	Confundindo filho com irmão	Confusão dos papéis familiares (filho-irmão, mãe-irmã). Precisa cuidar pois a mãe não cuida. Distorção.

momento me pareceu que fosse um filho, mas não, não é o que eu acho. É como se ela estivesse realmente cuidando do irmão.		
Me chama atenção o fato de a mãe estar lendo, pois ela está olhando par ao livro, de cabeça abaixada, mas de novo, aparece aqui, essa menina está dando as costas para a mãe e olhando para frente, como se não estivesse prestando a menor atenção ao que a mãe está falando. Seja lá o que a mãe está lendo, não está fazendo a menor diferença e não tem a menor importância para essa menina. Na verdade, me dá a impressão que há um distanciamento entre essa mãe e essa filha. Nesse quadro não tem uma comunicação.	Dando as costas para a mãe e não prestando atenção ao que a mãe está fazendo, havendo distanciamento e falta de comunicação	Conflito com a mãe. Distanciamento afetivo com a mãe.
Acabei de observar uma coisa: a mãe está com os lábios cerrados, ela também. Não é que a mãe esteja lendo para ela, a mãe está fazendo uma leitura sozinha e ela tá alí junto e segurando o bebê olhando para o mundo. Apesar de juntas, elas estão distantes.	A mãe, por sua vez, não dá atenção para a filha. Porém, continuam juntas	Abandono. Tentativa de negação do conflito familiar.

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:** cuidar do bebê

   Interesses: dar as costas para a mãe **Traços:** desinteresse pela mãe

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** cuidar do bebê, dar as costas para a mãe

      Influência dinâmica: confusão dos papeis familiares, conflito com a mãe

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** boneca

      Ampliando necessidades a ou para: relação materna

4. **Concepção do ambiente:** afetivamente distante
5. **Conflitos significativos:** relação com a mãe, relações familiares
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor (mãe)
7. **Mecanismos de defesa:** negação, repressão, substituição

8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 7 **Figura nº: 8MF**

1. **Tema:** Anita tentando manter o seu emprego

TL: 14s. TT: 4:29min – Tinha uma mulher, com nome de Anita. Ela trabalhava numa casa de família e tinha uma outra mulher nessa casa que era uma pessoa extremamente... maldosa. E ela sempre criticava o serviço dessa serviçal e ela criava confusão para que essa serviçal, que era a Anita, tivesse problemas com a patroa, com os patrões. Por mais que essa serviçal se dedicasse, fosse uma pessoa que buscasse fazer seu serviço de uma maneira correta e dedicada, essa outra mulher acabava sempre dando um jeito de atrapalhar, de criticar e de não favorecer. A ponto da Anita se sentir tão oprimida, tentou dar um jeito de contornar essa situação pois precisava trabalhar. Então na verdade se sujeitava a esse emprego mas tentava de alguma forma buscar um caminho, a ponto de que num belo momento a coisa ficou tão grave que mesmo ela buscando o caminho de contornar, tentando conversar com essa mulher que a destratava e fazia com que o dia e o serviço dela ficassem de maneira complicada e difíceis. Ela buscava um caminho, a ponto da Anita chegou num dado momento foi atrás dessa pessoa que morava na casa e que atrapalhava muito para conversar. Se encontram num dado momento, a Anita vai atrás dela, mas ela com medo da Anita pelas coisas que ela aprontava, sai correndo, não dando a oportunidade para que a Anita pudesse buscar um caminho de conciliação. Isso foi fora da casa, no jardim, e a Anita tentou novamente num dado momento e ficou aguardando que essa mulher passasse para que pudessem conversar. Só que essa conversa não aconteceu, pois essa mulher novamente não enfrentava o que ela fazia de prejudicar a serviçal que era a Anita e se recusava a conversar. Então a Anita entendeu que naquele lugar não haveria mais condição de ela ficar e trabalhar. Ela encerra a história saindo do serviço e pedindo as contas, e acaba toda essa questão.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Tinha uma mulher, com nome de Anita. Ela trabalhava numa casa de família e tinha uma outra mulher nessa casa que era uma pessoa extremamente... maldosa.	(Se uma) mulher trabalha na casa de uma família, há outra mulher maldosa	Conflito familiar. Insegurança.
E ela sempre criticava o serviço dessa serviçal e ela criava confusão para que essa serviçal, que era a Anita, tivesse problemas com a patroa, com os patrões. Por mais que essa serviçal se dedicasse, fosse uma pessoa que buscasse fazer seu serviço de uma maneira correta e dedicada, essa outra mulher acabava sempre dando um jeito de atrapalhar, de criticar e de não favorecer.	Que critica a serviçal e cria confusão para que ela tenha problemas com os patrões	Persecutoriedade. Conflito com a irmã. Problemas com os pais. Sentimento de injustiça.
A ponto da Anita se sentir tão oprimida, tentou dar um jeito de contornar essa situação pois precisava trabalhar. Então na verdade se sujeitava a esse emprego mas tentava de alguma forma buscar um caminho, a ponto de que num belo momento a coisa ficou tão grave que mesmo ela buscando o caminho de contornar, tentando conversar com essa mulher que a destratava e fazia com que o	Mas a Anita sente-se oprimida e se sujeita a isso por sentir necessidade de manter seu lugar	Opressão. Submissão. Sujeita-se para ser aceita na família. Repressão.

dia e o serviço dela ficassem de maneira complicada e difíceis.		
Se encontram num dado momento, a Anita vai atrás dela, mas ela com medo da Anita pelas coisas que ela aprontava, sai correndo, não dando a oportunidade para que a Anita pudesse buscar um caminho de conciliação. Isso foi fora da casa, no jardim, e a Anita tentou novamente num dado momento e ficou aguardando que essa mulher passasse para que pudessem conversar. Só que essa conversa não aconteceu pois essa mulher novamente não enfrentava o que ela fazia de prejudicar a serviçal que era a Anita e se recusava a conversar.	Tenta buscar uma reconciliação, mas a mulher foge dela	Tentativa de reconciliação. Frustração.
Então a Anita entendeu que naquele lugar não haveria mais condição de ela ficar e trabalhar. Ela encerra a história saindo do serviço e pedindo as contas, e acaba toda essa questão.	Então Anita sai do serviço e acaba com a questão	Percepção e resolução do problema. Rompimento com a família.

2. **Herói**

   Idade: adulta **Sexo:** feminino **Vocação:** trabalhar

   Interesses: resolver os problemas **Traços:** submissão

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: injustiçada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** resolver os conflitos

      Influência dinâmica: conflitos familiares

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** emprego na casa de família

      Ampliando necessidades a ou para: necessidade de ser aceita

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** injusto
5. **Conflitos significativos:** familiares, com a irmã
6. **Ansiedades:** não ser aceita
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: boa

História nº: 8 **Figura nº: 11**

1. **Tema:** O caminho obscuro pela ponte

TL: 19s. TT: 7:28min – Eu tenho aqui uma imagem de uma floresta. Tem um título: o caminho obscuro pela ponte. Tinha uma floresta que ela era muito densa e que por onde era difícil ver alguém passar. Alí morava um animal... moravam vários, mas tinha um que ele se arriscava saindo de onde morava pra buscar alimento e ele chegava a andar sempre só ao entorno dalí onde morava. Ele sentia super assustado com a imensidão das árvores e da mata que cercavam onde ele morava. As árvores eram gigantescas e o mato era muito fechado, mas ele tinha muita curiosidade de saber o que ia além de onde ele morava. Por meses e anos a curiosidade não sobrepunha o medo de enfrentar a mata e saber o que tinha além da casa dele. Num certo dia ele decidiu que ia enfrentar esse medo. Ele ia caminhar passo a passo até que ele conseguisse sair da circunferência de onde ele sempre morava e convivia. Foi aí que num belo dia ele decidiu que estava pronto para sair do seu lugar seguro, que era a sua casa, e finalmente atravessar a mata e saber o que mais tinha após ao longe que ele avistava um monte de pedras. No início, com muito medo, ele foi caminhando lentamente até que se sentiu seguro o bastante para subir, transpor as pedras que isolava ele do restante da mata. Foi quando ele encontrou uma ponte, foi atravessando, e encontrou uma bela cachoeira. Ele viu que alí existia um lugar lindo e que o medo dele o fez ficar isolado dentro da circunferência de onde ele morava, do pequeno espaço que circundava, e que ele não precisava mais disso, que não tinha nada alí que pudesse machucar ou que corresse esse risco. Aí a noite caiu e ele voltou pra casa entendendo que ele podia transpor essas pedras e enfrentar essa floresta imensa, e que ele podia desbravar outros caminhos, pois aquela ponte seguia, e ele decidiu naquela noite que dali pra frente ele faria sempre isso, transporia as pedras e ia desbravar esse caminho longo que ele tinha pela frente. Naquela noite ele deitou e dormiu feliz, sem medo, entendendo que ele podia viver e conhecer lugares novos.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Tinha uma floresta que ela era muito densa e que por onde era difícil ver alguém passar. Alí morava um animal... moravam vários, mas tinha um que ele se arriscava saindo de onde morava pra buscar alimento e ele chegava a andar sempre só ao entorno dalí onde morava.	(Se um) animal busca alimento, ele precisa sair de onde mora e se arriscar sozinho, mas sem se afastar de onde mora	Privação afetiva. Ambiente familiar não acolhedor. Relação familiar que aprisiona. Repressão
As árvores eram gigantescas e o mato era muito fechado, mas ele tinha muita curiosidade de saber o que ia além de onde ele morava. Por meses e anos a curiosidade não sobrepunha o medo de enfrentar a mata e saber o que tinha além da casa dele. Num certo dia ele decidiu que ia enfrentar esse medo. Ele ia caminhar passo a passo até que ele conseguisse sair da circunferência de onde ele sempre morava e convivia. Foi aí que num belo dia ele decidiu que estava pronto para sair do seu lugar seguro, que era a sua casa, e finalmente atravessar a mata e saber o que mais tinha após ao longe que ele avistava um monte de pedras.	Por mais que seja amedrontador enfrentar o desconhecido, o animal é decidido a enfrentar o medo e sair de casa	Coragem. Determinação. Enfrentamento do medo. Desejo de superação. Desejo de independência.

No início, com muito medo, ele foi caminhando lentamente até que se sentiu seguro o bastante para subir, transpor as pedras que isolava ele do restante da mata. Foi quando ele encontrou uma ponte, foi atravessando, e encontrou uma bela cachoeira. Ele viu que alí existia um lugar lindo e que o medo dele o fez ficar isolado dentro da circunferência de onde ele morava, do pequeno espaço que circundava, e que ele não precisava mais disso, que não tinha nada alí que pudesse machucar ou que corresse esse risco.	É recompensado encontrando um belo local, onde nada pode machucar, não precisando ficar com medo e isolado onde mora	Recompensa fantasiosa. Expectativa irreal da independência. Superego atuante.
Aí a noite caiu e ele voltou pra casa entendendo que ele podia transpor essas pedras e enfrentar essa floresta imensa, e que ele podia desbravar outros caminhos, pois aquela ponte seguia, e ele decidiu naquela noite que dali pra frente ele faria sempre isso, transporia as pedras e ia desbravar esse caminho longo que ele tinha pela frente. Naquela noite ele deitou e dormiu feliz, sem medo, entendendo que ele podia viver e conhecer lugares novos.	Mesmo tendo enfrentado seu medo, sente que precisa voltar para casa, mas com a esperança de que pode viver e enfrentar seus medos	Conflito dependência x independência. Desejo de enfrentamento x medo da perda dos objetos de amor.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: buscar alimento **Traços:** medo, coragem , curiosidade

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: dependente

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** superar seus medos para encontrar alimento

      Influência dinâmica: privação afetiva na família, medo da perda dos objetos de amor

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** dragão, cachoeira

      Ampliando necessidades a ou para: negar impulsos internos ameaçadores, fantasiar

4. **Concepção do ambiente:** não acolhedor, amedrontador, desconhecido

5. **Conflitos significativos:** dependência x independência, relações familiares
6. **Ansiedades:** conflitos familiares, perda dos objetos de amor, privação afetiva, medo do desconhecido
7. **Mecanismos de defesa:** fantasia, repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: boa

História nº: 9 **Figura nº: 12**

1. **Tema:** Ninguém precisa ficar preso a ninguém

TL: 22s. TT: 8:01min – Existia uma família que na verdade dessa família só restou uma senhora e uma moça. Elas viviam juntas ... e essa relação era de um certo domínio e poder. Na verdade, para essa moça, essa pessoa mais velha não a deixava livre. Existia um domínio da mulher mais velha para com a mais nova. A mais velha fingia dar mais proteção para a mais nova, e com isso ela manipulava a vida dessa pessoa mais nova. A mais velha era perspicaz e com a sua astúcia acabava conseguindo tudo o que ela queria da mais nova. A mais nova, por sua vez, apesar de querer fazer suas próprias coisas, acabava se deixando dominar pela astúcia da mais velha. Com isso ela se sentia presa, triste, não conseguindo se desvencilhar dessa mais velha que tinha tanta habilidade para dominar. A mais nova, por sua vez, sentia que tinha que ajudar e cuidar da mais velha. Se sentia com uma dívida e era grata a tudo o que a mais velha tinha feito a ela até então. Só que a gratidão estava sobrepondo a sensação de prisão e sofrimento que essa mais nova sentia. A mais nova, se sentindo sem saída, pensava no que fazer para romper com essa condição. Se ela rompesse, como ficaria a mais velha? Quem cuidaria dos próprios interesses da mais velha, da saúde dela, e das suas necessidades? Depois de muito refletir, depois de tantos anos de sensação de aprisionamento, a mais nova entendeu que ela não precisaria ficar subjugada à mais velha. Fosse como fosse, ela decidiu dar um basta nessa situação e pôs um fim a esse relacionamento.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Existia uma família que na verdade dessa família só restou uma senhora e uma moça. Elas viviam juntas ... e essa relação era de um certo domínio e poder.	(Se) a família é de uma senhora é uma moça, há uma relação de domínio e poder	Conflito familiar. Dominação.
Na verdade, para essa moça, essa pessoa mais velha não a deixava livre. Existia um domínio da mulher mais velha para com a mais nova.	Onde a senhora domina a moça e não a deixa livre	Submissão à mãe. Sentimento de estar presa à mãe.
A mais velha fingia dar mais proteção para a mais nova, e com isso ela manipulava a vida dessa pessoa mais nova. A mais velha era perspicaz e com a sua astúcia acabava conseguindo tudo o que ela queria da mais nova.	A senhora finge dar mais proteção, mas manipula a moça para conseguir o que quer	Aceita ser manipulada para conseguir uma suposta proteção. Dependência afetiva.
A mais nova, por sua vez, apesar de querer fazer suas próprias coisas, acabava se deixando dominar pela astúcia da mais velha. Com isso ela se sentia presa, triste, não conseguindo se desvencilhar dessa mais velha que tinha tanta habilidade para dominar.	A moça abre mão de seus desejos para se deixar dominar.	Repressão. Submissão. Impotência.
A mais nova, por sua vez, sentia que tinha que ajudar e cuidar da mais velha. Se sentia com uma dívida e era grata a tudo o que a mais velha tinha feito a ela até então.	Por se sentir em dívida com a senhora pelos cuidados recebidos	Aceita ser dominada pelo sentimento de dívida com a mãe

Só que a gratidão estava sobrepondo a sensação de prisão e sofrimento que essa mais nova sentia.		
A mais nova, se sentindo sem saída, pensava no que fazer para romper com essa condição. Se ela rompesse, como ficaria a mais velha? Quem cuidaria dos próprios interesses da mais velha, da saúde dela, e das suas necessidades?	Mas não consumava o desejo de rompimento por se sentir responsável por cuidar da senhora	Sentimento de responsabilidade pela mãe. Repressão. Conflito dependência x independência. Medo da perda do objeto de amor (mãe)
Depois de muito refletir, depois de tantos anos de sensação de aprisionamento, a mais nova entendeu que ela não precisaria ficar subjugada à mais velha. Fosse como fosse, ela decidiu dar um basta nessa situação e pôs um fim a esse relacionamento.	Até que decidiu dar um fim a esse relacionamento por não precisar mais dela	Desejo de independência. Confiança. Rompimento da relação

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:** cuidar da senhora

   Interesses: libertar-se **Traços:** responsabilidade

   Imagem corporal e/ou auto-imagem: submissa/independente

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** cuidar da senhora/libertar-se da senhora

      Influência dinâmica: relação de submissão à mãe

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** família

      Ampliando necessidades a ou para: conflitos familiares

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** manipulador
5. **Conflitos significativos:** relação com a mãe, independência x dependência, dívida com a mãe
6. **Ansiedades:** perda do objeto de amor (mãe), submissão, responsabilidade, impotência
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: boa

História nº: 10 **Figura nº: 15**

1. **Tema:** O terror interno do ser humano

TL: 8s. TT: 4:57min – Essa é uma história de terror. Não necessariamente com monstros, nem com bichos e nem com fantasmas. Na verdade, o terror não é nem porque existe um cemitério onde está uma pessoa, um homem velho, aparentemente assustador. Não é o cemitério que faz essa história parecer macabra. Nem a figura do homem franzino e de cabelos grisalhos. Nem porque a imagem é cercada de túmulos e cruzes. Nem fantasmas, nem monstros, nem túmulos nem cruzes, nem mesmo o lugar sombrio são o terror dessa história. O terror dessa história é a parte sombria do próprio ser humano. São os próprios monstros e os próprios fantasmas que existem dentro de cada um de nós. Esse terror vem de dentro e não da parte exterior. Cabe a cada um execrá-los de dentro da gente para que enxerguemos a luz e as coisas legais e boas que nos fazem bem, para seguirmos a nossa vida.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Essa é uma história de terror. Não necessariamente com monstros, nem com bichos e nem com fantasmas. Na verdade, o terror não é nem porque existe um cemitério onde está uma pessoa, um homem velho, aparentemente assustador. Não é o cemitério que faz essa história parecer macabra. Nem a figura do homem franzino e de cabelos grisalhos. Nem porque a imagem é cercada de túmulos e cruzes. Nem fantasmas, nem monstros, nem túmulos nem cruzes, nem mesmo o lugar sombrio são o terror dessa história.	Negação do terror de todos os elementos	Negação
O terror dessa história é a parte sombria do próprio ser humano. São os próprios monstros e os próprios fantasmas que existem dentro de cada um de nós. Esse terror vem de dentro e não da parte exterior.	O terror é interno	Impulsos internos ameaçadores. Conflitos internos.
Cabe a cada um execrá-los de dentro da gente para que enxerguemos a luz e as coisas legais e boas que nos fazem bem, para seguirmos a nossa vida.	Por isso cabe a cada um de nós combater o terror para ver as coisas boas e seguir a vida	Impulsos internos limitadores. Racionalização. Desejo de superação. Clivagem

2. **Herói**

Idade: **Sexo:** **Vocação:**

Interesses: **Traços:** terror

Imagem corporal e/ou auto-imagem: aterrorizado

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** execrar os terrores internos

Influência dinâmica: impulsos internos aterrorizantes

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** monstros, bichos e fantasmas

Ampliando necessidades a ou para: proteção

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** aterrorizante
5. **Conflitos significativos:** impulsos internos
6. **Ansiedades:** destruição, perda de controle.
7. **Mecanismos de defesa:** racionalização, clivagem
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 11 **Figura nº: 16**

1. **Tema:** Um fim de tarde na praia

TL: 35s. TT: 7:38min – Tem uma pessoa na praia. Tem um pôr do sol. Eu vejo a onda quebrando na beira do mar, no fundo o sol está começando a se por. Tem algumas crianças na beira do mar brincando na areia. Tem uma ou duas ao fundo, em cima da prancha de surf. Algumas tomando banho de mar, um pouco mais pra frente, mais próximo à praia e mais distante dos que estão com as pranchas, ao fundo. Tem bastante gente na praia, mas é final de tarde e não é uma aglomeração de pessoas, mas umas aqui conversando dentro da água, outras alí nadando, outras um pouco mais pra frente, sentadas na beira do mar, nas suas cadeiras de praia, deixando que as ondas venham e batam nos seus pés, de tão próximas à beira-mar que elas estão. Tem também umas barracas onde se vende água de coco, batidas e porções de petiscos. Vem vindo lá no fundo um homem empurrando um carrinho. Conforme ele vem chegando mais perto, consigo ver que é o sorveteiro. Ele se aproxima, pára e pergunta quem quer sorvete. Mais do que depressa, algumas crianças, com oito a dez anos, se aproximam e pedem que está com elas, talvez pai, mãe, tios, que comprem o sorvete. Noto que a minha direita tem uma grande carroça. Nela tem pendurados chapéus de praia, bonés, cangas, biquínis, muita coisa, e mais um atrativo para as crianças, os baldinhos com peneira e forminha para fazer bonecos de areia. Alí tem uma vendedora parada atendendo as pessoas. [*Você precisa ser mais concisa*]. Agora, ao fundo do mar, por incrível que pareça, tem uma cena maravilhosa, de um homem no barco atravessando o mar e passando bem em frente ao sol que já está se pondo. A noite vem caindo e já é hora de voltar para a casa. Foi um dia maravilhoso e quem sabe possa se repetir amanhã.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Tem uma pessoa na praia...	(Se uma) pessoa está na praia, ela vê o que está acontecendo ao seu redor, sem interagir com nada	Fantasia. Passividade. Fuga para um lugar onde tudo é maravilhoso sem ter que se esforçar.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: ver o que tem ao redor **Traços:**

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ver o que tem ao redor

      Influência dinâmica: passividade

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** maravilhoso

5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:**
7. **Mecanismos de defesa:** fantasia
8. **Adequação do superego:**
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 12 **Figura nº: 19**

1. **Tema:** Às vésperas do natal

TL: 10s. TT: 4:23min – Faz frio, muito frio. Cai neve e a casa tá tomada do telhado ao chão. É final de tarde e as pessoas já estão em casa. O frio é tamanho que não se vê ninguém na rua. A neve é tão alta e tão densa que nem um carro consigo avistar. O céu está encoberto, mas no chão só temos neve. Ela é tão branca e tão densa que chega a congelar tudo. Mais parece um tapete imenso e clarinho. É lindo de se ver, mas o frio é tão grande que só consigo avistar pela janela fechada. O dia vai acabando e ainda bem que estamos com um estoque de comida em casa. Temos um belo de um forno à lenha, que além de aquecer a casa, podemos cozinhar e nos manter protegido desse frio. Tem uma chaminé enorme para fora. Talvez seja a única coisa que consigam avistar, já que é tanta neve sobre o telhado. Não posso esquecer que, apesar de tanto frio, essa é a fase do ano que eu mais gosto. Está chegando o natal e com ele vem uma nova fase e é para nos lembrarmos que sempre haverá esperança e vida. O que mais me deixa feliz é que a próxima estação é o que a gente consegue sentir com liberdade, estando fora de casa, podendo desfrutar dos dias ensolarados e quem sabe ir até a praia. Logo mais chega o verão.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
		Mundo externo hostil, ambiente familiar oferece proteção em troca de aprisionamento. Fantasia como fuga do aprisionamento familiar

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou auto-imagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:**

      Influência dinâmica:

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** hostil
5. **Conflitos significativos:** proteção x aprisionamento familiar, relações familiares
6. **Ansiedades:** insegurança
7. **Mecanismos de defesa:** fantasia

8. **Adequação do superego:**
9. **Integração do ego**: fraca

ANEXO F - Análise Do TAT – Participante 2 (Iara), aplicação final

História nº: 1 **Figura nº: 1**

1. **Tema:** Pedro e o violino

TL: 20s TT: 3:00 min - Pedro é um garoto inteligente... vivaz. Entrou na casa de uns vizinhos e se deparou com um violino em cima de uma mesa. Chamou tanta a atenção dele que parou ali um tempo para poder observar. Apesar de ele ser uma criança que o tempo todo está pulando e brincando, por um momento ele parou para observar aquele instrumento musical. Chamou tanto a sua atenção que ficou ali pensando "como será que posso utilizá-lo"? "Como será que toca"? Ficou nele uma vontade de querer aprender. Passado esse momento, ele pergunta de quem é e pergunta se poderia aprender a tocar o instrumento do vizinho. "Talvez um dia", respondeu o vizinho. Ele foi embora e pronto.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Pedro é um garoto inteligente... vivaz. Entrou na casa de uns vizinhos e se deparou com um violino em cima de uma mesa. Chamou tanta a atenção dele que parou ali um tempo para poder observar. Apesar de ele ser uma criança que o tempo todo está pulando e brincando, por um momento ele parou para observar aquele instrumento musical. Chamou tanta a sua atenção que ficou ali pensando "como será que posso utilizá-lo"? "Como será que toca"? Ficou nele uma vontade de querer aprender.	(Se um) garoto é inteligente e vivaz, ele entra no espaço do outro, encontra um instrumento e fica com vontade de tocá-lo	Desejo sexual. Transferência erótica com o aplicador?
. Passado esse momento, ele pergunta de quem é e pergunta se poderia aprender a tocar o instrumento do vizinho. "Talvez um dia", respondeu o vizinho. Ele foi embora e pronto.	Mas o outro responde que talvez um dia e ele vai embora	Angústia de separação (com o aplicador?). Atuação do superego. Repressão

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** masculino **Vocação:** pular e brincar

   Interesses: tocar o instrumento **Traços:** inteligente, vivaz e curioso

   Imagem corporal e/ou autoimagem: confiante e ativo

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** tocar o intrumento

Influência dinâmica: desejo sexual

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** vizinhos

Ampliando necessidades a ou para: aplicador?

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** desejo sexual
6. **Ansiedades:** angústia de separação
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: boa

História nº: 2 **Figura nº: 2**

1. **Tema:** A família de Alice

TL: 21s TT: 3:59 min - Alice mora numa fazenda... com a sua família. Eles trabalham muito para poder manter a fazenda funcionando, com as plantações, o cuidado com os animais. Apesar de ser uma família já um pouco grande, a mãe espera mais um filho. Por um momento, quando ela chega do colégio com os livros na mão, ela encontra a mãe encostada numa árvore observando a paisagem, descansando um pouco depois de um dia de trabalho. Ela bem cansada antes de anoitecer. Um dos irmãos com um cavalo próximo à mãe também sentado descansando um pouco e observando as pastagens e as plantações. Um lugar agradável de se viver, apesar da vida difícil que se leva. A fazenda é o ganha pão deles. Distante da cidade. Mas aos finais de semana eles podem se divertir porque ao fundo existe um rio para se admirar e onde é o local de diversão da família.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Alice mora numa fazenda... com a sua família. Eles trabalham muito para poder manter a fazenda funcionando, com as plantações, o cuidado com os animais. Apesar de ser uma família já um pouco grande, a mãe espera mais um filho.	(Se uma) menina mora com a família, todos agem juntos para o bem de todos e sempre cabe mais um	Fantasia de família feliz, grande e unida (fantasia que a participante sempre carregou em contraste com a família real)
Por um momento, quando ela chega do colégio com os livros na mão, ela encontra a mãe encostada numa árvore observando a paisagem, descansando um pouco depois de um dia de trabalho. Ela bem cansada antes de anoitecer. Um dos irmãos com um cavalo próximo à mãe também sentado descansando um pouco e observando as pastagens e as plantações.	E todos trabalham arduamente até à exaustão para o bem de todos	Desejo de reciprocidade e suporte familiar. Esforço e cansaço para manter a fantasia
Um lugar agradável de se viver, apesar da vida difícil que se leva. A fazenda é o ganha pão deles. Distante da cidade. Mas aos finais de semana eles podem se divertir porque ao fundo existe um rio para se admirar e onde é o local de diversão da família.	Num lugar agradável em que compensa as dificuldades e onde podem se divertir	Idealização. Fuga

2. **Herói**

Idade: **Sexo:** feminino **Vocação:** estudar

Interesses: descansar **Traços:**

Imagem corporal e/ou autoimagem: cansada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** descansar

Influência dinâmica: desgaste nas relações familiares

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** rio

Ampliando necessidades a ou para: fuga

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agradável porém cansativo e tedioso
5. **Conflitos significativos:** relações familiares
6. **Ansiedades:** angústia de separação
7. **Mecanismos de defesa:** idealização, fuga
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 3 **Figura nº: 3RH**

1. **Tema:** A moça que perdeu a esperança de viver

TL: 26s TT: 2:56 - Essa é uma história triste... da moça que desiste... da vida. Se vê sem caminho e sem onde buscar ajuda e sem com quem buscar ajuda. Se sente tão só ... que decide acabar com a própria vida. Deita-se ao lado, ou melhor, senta-se ao lado do sofá, desolada. Ao chão tem uma arma que ela conseguiu, não se sabe com quem ou onde. Pensando em acabar com a própria vida. Não se sabe o que aconteceu com ela.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Essa é uma história triste... da moça que desiste... da vida.	(Se uma) moça desiste da vida	Depressão.
Se vê sem caminho e sem onde buscar ajuda e sem com quem buscar ajuda	Ela não sabe o que fazer nem tem com quem contar	Desorientação. Desamparo. Impotência.
Se sente tão só ... que decide acabar com a própria vida. Deita-se ao lado, ou melhor, senta-se ao lado do sofá, desolada.	Sente-se só, desolada e decide acabar com a própria vida	Solidão. Angústia. Ideação suicida.
Ao chão tem uma arma que ela conseguiu, não se sabe com quem ou onde. Pensando em acabar com a própria vida. Não se sabe o que aconteceu com ela.	Tem uma arma que não se sabe com quem conseguiu para acabar com a vida, mas não sabe o que aconteceu com ela	Idealização diante da angústia. Superego atuante.

2. **Herói**

Idade: jovem **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: tirar a vida **Traços:** depressão, desamparo, solidão, ideação suicida

Imagem corporal e/ou autoimagem: impotente e desamparada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** tirar a vida

      Influência dinâmica: depressão, ideação suicida

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** desamparo
5. **Conflitos significativos:** relações afetivas
6. **Ansiedades:** solidão, desamparo, impotência
7. **Mecanismos de defesa:** idealização
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 4 **Figura nº: 4**

1. **Tema:** A relação não deu certo

TL: 17s TT: 3:57 min – Tinha um casal na minha rua... que viveu há tempo juntos. Mas não muito tempo, eles eram um casal novo. Moravam numa casa de madeira, com as cortinas de renda. Mas eles não tinham uma boa relação. Na verdade, ela queria continuar o casamento, mas ele parecia que não. Ela não tinha muita confiança porque achava que ele tinha uma outra mulher. Ela tentou por um tempo fazer com que a relação desse certo. Mas como não viu ele corresponder a nenhuma tentativa... porque ele mal olhava quando ela queria conversar. Por fim ela acabou desistindo e ela mesmo quis se separar, buscando um novo caminho de vida. Ela acabou indo embora da casa, ele foi em seguida. Nunca mais ouviram falar deles.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Tinha um casal na minha rua... que viveu há tempo juntos. Mas não muito tempo, eles eram um casal novo.	(Se) o casal viveu um tempo juntos enquanto eram novos	Relação amorosa passada (casamento da participante)
Moravam numa casa de madeira, com as cortinas de renda. Mas eles não tinham uma boa relação. Na verdade, ela queria continuar o casamento, mas ele parecia que não. Ela não tinha muita confiança porque achava que ele tinha uma outra mulher. Ela tentou por um tempo fazer com que a relação desse certo.	Mas não tinham uma boa relação. Ela queria continuar o casamento apesar de não confiar nele	Conflito no relacionamento amoroso. Negação da falência do relacionamento. Perseverança.
Mas como não viu ele corresponder a nenhuma tentativa... porque ele mal olhava quando ela queria conversar. Por fim ela acabou desistindo e ela mesmo quis se separar, buscando um novo caminho de vida. Ela acabou indo embora da casa, ele foi em seguida. Nunca mais ouviram falar deles.	Mas como ele já não queria nenhum tipo de contato, então ela decide separar, ir embora e não ser mais lembrada	Postergação da perda. Decisão diante de situação limite. Fuga.

2. **Herói**

Idade: jovem **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: manter o casamento **Traços:** persistência

Imagem corporal e/ou autoimagem: Por fora a casa é bonita e arrumada, por dentro, não há amor.

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** manter o casamento

      Influência dinâmica: negação do fim do relacionamento

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** conflituoso
5. **Conflitos significativos:** relacionamento amoroso
6. **Ansiedades:** angústia de separação
7. **Mecanismos de defesa:** negação
8. **Adequação do superego:** pouco adequado
9. **Integração do ego**: razoável

História nº: 5 **Figura nº: 6MF**

1. **Tema:** O casal que me encanta

TL: 15s TT: 2:56 min – Meu tio e minha tia... são um casal... agradável de se conviver. Eles têm dois filhos. Moram num bairro elegante da cidade. Ele trabalha num banco e ela é dona de casa. Eles são um casal divertido, gostam de uma boa conversa, gostam de dançar e reunir os amigos em casa. Esse é um casal que eu admiro... e que faz com que eu tenha uma relação assim... quando conhecer alguém.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
	(Se uma)	Idealização do relacionamento amoroso. Projeção.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: ter uma relação amorosa **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: Agradável divertida, lúdica

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ter uma relação admirável

      Influência dinâmica: idealização, desejo de se vincular

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agradável
5. **Conflitos significativos:** relação amorosa
6. **Ansiedades:** solidão
7. **Mecanismos de defesa:** idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 6 **Figura nº: 7MF**

1. **Tema:** A menina triste

TL: 28s TT: 4:01 min – Conheço uma menina.... que apesar de ser uma família requintada... moram bem, tem uma boa vida, vestem-se bem, estão sempre alinhados. Mas eu percebo nos olhos dela e em suas atitudes... o quanto ela se sente só. Apesar da vida boa, a família não tem uma relação de proximidade. E isso a deixa triste quase o tempo todo. Isso faz com que ela se distancie do restante do nosso grupo. Ela as vezes se queixa disso. Ela diz que ama sua mãe mas sente o distanciamento dela e a falta de afetividade, falta de atenção, de se sentir acolhida. Eu desejo de verdade que ela consiga encontrar aquilo que ela busca, e que a família possa enxerga-la de uma forma melhor, e entendam o que ela sente.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Conheço uma menina.... que apesar de ser uma família requintada... moram bem, tem uma boa vida, vestem-se bem, estão sempre alinhados. Mas eu percebo nos olhos dela e em suas atitudes... o quanto ela se sente só	(Se uma) menina apesar de família requintada, sente-se só	Solidão. Ambiente pouco acolhedor.
Apesar da vida boa, a família não tem uma relação de proximidade. E isso a deixa triste quase o tempo todo. Isso faz com que ela se distancie do restante do nosso grupo. Ela as vezes se queixa disso. Ela diz que ama sua mãe mas sente o distanciamento dela e a falta de afetividade, falta de atenção, de se sentir acolhida.	Não há relação de proximidade, mesmo quando ela se expressa afetivamente para sua mãe, e isso a deixa triste, não acolhida	Distanciamento na relação materna. Falta de reciprocidade afetiva. Falta de acolhimento. Tristeza. Desamparo.
Eu desejo de verdade que ela consiga encontrar aquilo que ela busca, e que a família possa enxerga-la de uma forma melhor, e entendam o que ela sente.		Desejo de ser compreendida e acolhida afetivamente pela família. Dificuldade de distinguir fenômenos internos e externos

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: Ser entendida pela família no que ela sente **Traços:** tristeza, solidão

   Imagem corporal e/ou autoimagem: desassistida

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ser acolhida

      Influência dinâmica: solidão, desamparo

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

   Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** pouco acolhedor
5. **Conflitos significativos:** relação materna, relação familiar
6. **Ansiedades:** solidão, desamparo
7. **Mecanismos de defesa:** imobilização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 7 **Figura nº: 8MF**

1. **Tema:** Nem sempre sabemos o que se passa

TL: 6s TT: 4:11 min – Teve uma tarde... em que eu estava pela rua, indo para casa, quando subitamente, passou por mim correndo uma moça que me pareceu estar fugindo de algo. Parei por alguns momentos para observar aquela cena. O que estaria acontecendo? Foi aí que eu vi que logo atrás... vinham algumas pessoas correndo também, claro que atrás dela. Ela não estava com uma feição de que tava assustada. Sua feição era de quem acabara de cometer alguma situação desagradável. Quando as pessoas se aproximaram, perguntei o que estava havendo. Só me responderam que ela não era uma pessoa confiável, ruim porque aprontara algo de nada agradável com aquelas pessoas. Fora só o que me disseram. Achei estranho e engraçada a situação ao mesmo tempo, na verdade inusitada. Nunca vou saber o que que houve.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Teve uma tarde... em que eu estava pela rua, indo para casa, quando subitamente, passou por mim correndo uma moça que me pareceu estar fugindo de algo.	(Se uma) moça passa subitamente, está fugindo	Impulsos internos. Descontrole.
Parei por alguns momentos para observar aquela cena. O que estaria acontecendo?	Não se sabe o que acontece	Repressão
Foi aí que eu vi que logo atrás... vinham algumas pessoas correndo também, claro que atrás dela.	Mas estava sendo perseguida	Persecutoriedade
Ela não estava com uma feição de que tava assustada. Sua feição era de quem acabara de cometer alguma situação desagradável. Quando as pessoas se aproximaram, perguntei o que estava havendo. Só me responderam que ela não era uma pessoa confiável, ruim porque aprontara algo de nada agradável com aquelas pessoas. Fora só o que me disseram	Pois cometeu alguma situação desagradável e por isso não é confiável	Superego rígido
Achei estranho e engraçada a situação ao mesmo tempo, na verdade inusitada. Nunca vou saber o que que houve.	Foi estranho e engraçado, mas não se sabe o que houve	Repressão.

2. **Herói**

   Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: saber o que houve **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: Confiante, mas não confiável

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** saber o que houve

Influência dinâmica: repressão dos impulsos internos

b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** pessoas

Ampliando necessidades a ou para: persecutoriedade

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** confuso, caótico, engraçado, divertido, intrigante, misterioso
5. **Conflitos significativos:** impulsos internos
6. **Ansiedades:** perda de controle
7. **Mecanismos de defesa:** repressão
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 8 **Figura nº: 11**

1. **Tema:** O dragão

TL: 12s TT: 2:56 – Essa é a história de um dragão. Ele vivia numa montanha ... e se relacionava bem com os animais do local. Um dia voando através das árvores, se deparou com algo no topo de uma delas, um tronco. Havia ali um bichinho estranho, que nunca havia visto por lá. Com receio, não se aproximou, ficou só de longe aproximando. Este, por sua vez, com medo daquele imenso dragão, pulou em cima de uma ponte que tinha abaixo dele. E foi-se embora tão rápido que mal teve tempo do dragão indagá-lo quem era ele e o que fazia ali. Talvez um dia o reencontre.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Essa é a história de um dragão. Ele vivia numa montanha ... e se relacionava bem com os animais do local.	(Se) um dragão se relaciona bem com os animais	Relacionamento interpessoal
Um dia voando através das árvores, se deparou com algo no topo de uma delas, um tronco. Havia ali um bichinho estranho, que nunca havia visto por lá. Com receio, não se aproximou, ficou só de longe aproximando.	e encontra com um bicho que não conhece. Fica com receio mas se aproxima	Impulsos internos mais fortes que a inibição
Este, por sua vez, com medo daquele imenso dragão, pulou em cima de uma ponte que tinha abaixo dele. E foi-se embora tão rápido que mal teve tempo do dragão indagá-lo que era ele e o que fazia ali. Talvez um dia o reencontre.	Mas o bicho se assusta com o tamanho do dragão e foge tão rápido que o dragão não consegue se comunicar	Dificuldade de expressão afetiva. Impulsos internos ameaçadores

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: indagar **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: amedontradora

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** conhecer o bicho

      Influência dinâmica: repressão dos impulsos internos

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:** Distorção entre o tamanho do bicho e o medo do dragão

Ampliando necessidades a ou para: “lava as mãos” com relação às situações.

4. **Concepção do ambiente:**
5. **Conflitos significativos:** impulsos internos
6. **Ansiedades:** agressividade, perda de controle
7. **Mecanismos de defesa:** fuga, repressão
8. **Adequação do superego:** rígido
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 9 **Figura nº: 12**

1. **Tema:** A vovozinha parecida com a história da Chapeuzinho Vermelho (ela comete um ato falho e diz da história da Branca de neve e depois se corrige)

TL: 10s TT: 4:15 min – Sabe a história da Chapeuzinho Vermelho? Conheci uma senhora e sua neta. Toda vez que as via, me lembrava dessa história. Mas diferente da história, essa vovozinha não tinha cara de quem era uma vovó daquela da história que a gente acha que é bondosa. Ela me parecia assim porque estava o tempo inteiro espreitando a neta. Sempre muito brava e a neta nada podia fazer, tudo ela proibia. E eu pensava "ninguém merece uma vó dessa". A moça era órfã e tinha que viver com a vó. Eu me perguntava "até quando isso? ". Essa moça era triste, não vivia feliz porque nada podia fazer. Uma pena. Essa convivência podia ter sido diferente e boa para as duas. Logo mais, não demora muito, essa moça vai conseguir a sua tão sonhada liberdade. E aí quem sabe, desfrutar das alegrias da própria vida.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Sabe a história da Chapeuzinho Vermelho? Conheci uma senhora e sua neta. Toda vez que as via, me lembrava dessa história. Mas diferente da história, essa vovozinha não tinha cara de quem era uma vovó daquela da história que a gente acha que é bondosa.	(Se uma) vovozinha não é bondosa	Relação materna conflituosa
Ela me parecia assim porque estava o tempo inteiro espreitando a neta. Sempre muito brava e a neta nada podia fazer, tudo ela proibia.	É porque ela fica espreitando a neta e proibindo-a de fazer tudo	Persecutoriedade. Submissão.
E eu pensava "ninguém merece uma vó dessa". A moça era órfã e tinha que viver com a vó. Eu me perguntava "até quando isso? ".	Ninguém merece uma vó dessa, mas a moça tinha que viver com ela por ser órfã	Passividade. Repressão
Essa moça era triste, não vivia feliz porque nada podia fazer.	Por isso era triste e nada podia fazer.	Tristeza. Passividade
Uma pena. Essa convivência podia ter sido diferente e boa para as duas.	Podia ter sido diferente e boa para as duas	Insatisfação na relação materna.
Logo mais, não demora muito, essa moça vai conseguir a sua tão sonhada liberdade. E aí quem sabe, desfrutar das alegrias da própria vida.	Logo a moça vai conseguir sua liberdade e desfrutar da vida	Idealização. Desejo de rompimento na relação materna.

2. **Herói**

Idade: adulto **Sexo:** feminino **Vocação:**

Interesses: liberdade da avó **Traços:** submissão, tristeza

Imagem corporal e/ou autoimagem: submissa, mas podendo ser independente no futuro

3. **Necessidades do herói:**
    a. **Necessidades comportamentais do herói:** submeter-se à avó

       Influência dinâmica: submissão, passividade

    b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** conseguir a liberdade

       Ampliando necessidades a ou para: desejo de rompimento da relação materna

    c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

       Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** opressor
5. **Conflitos significativos:** relação materna
6. **Ansiedades:** opressão, perda do objeto de amor (mãe)
7. **Mecanismos de defesa:** repressão, idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 10 **Figura nº: 15**

1. **Tema:** A morte

TL: 12s TT: 3:54 min – A morte faz parte da vida. Mas ela pode estar com outros tipos de morte na nossa vida, não necessariamente a física. Para alguns ela traz uma sensação de perda, de tristeza e de abandono. Mas tem um monte de gente viva que é como se estivesse morto. Quando vamos ao cemitério no enterro de alguém, é um dos momentos nos quais a gente realmente se dá conta de que nós somos mortais. Talvez isso nos faça pensar que algumas vezes nas nossas vidas, a gente se sinta nas trevas, mas o quanto é importante sair delas e aproveitar as nossas vidas da melhor forma.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
A morte faz parte da vida. Mas ela pode estar com outros tipos de morte na nossa vida, não necessariamente a física. Para alguns ela traz uma sensação de perda, de tristeza e de abandono. Mas tem um monte de gente viva que é como se estivesse morto	(Se) a morte faz parte da vida, ela não é necessariamente física, pode aparecer com a sensação de perda, de tristeza e de abandono	Sensação de perda. Tristeza. Abandono.
Quando vamos ao cemitério no enterro de alguém, é um dos momentos os quais a gente realmente se dá conta que nós somos mortais.	Quando vai no enterro de alguém, dá-se conta de que se é mortal	Projeção.
Talvez isso nos faça pensar que algumas vezes nas nossas vidas, a gente se sinta nas trevas, mas o quanto é importante sair delas e aproveitar as nossas vidas da melhor forma.	O que faz sentir que se sinta nas trevas e como é importante sair dela e aproveitar a vida	Resolução de conflito idealizada.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem: deprimida

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** sair das trevas

      Influência dinâmica: resolução de conflito idealizada

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** trevas
5. **Conflitos significativos:** relações afetivas, pulsão de morte
6. **Ansiedades:** impulsos internos, perda do objeto de amor
7. **Mecanismos de defesa:** projeção, idealização
8. **Adequação do superego:** atuante
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 11 **Figura nº: 16**

1. **Tema:** O mar

TL: 55s TT: 2:49 – Tem uma garota. Ela está super feliz porque ela está no lugar que ela mais gosta de estar no mundo. Tá de férias e tá no mar brincando na água. Ali é onde ela gostaria de morar. Ela sempre fala para os pais que ela gostaria de estar próxima ao mar e morar numa cidade de praia. Lá ela se sente bem, se sente feliz e é onde realmente ela quer estar.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
Tem uma garota. Ela está super feliz porque ela está no lugar que ela mais gosta de estar no mundo. Tá de férias e tá no mar brincando na água. Ali é onde ela gostaria de morar.	(Se uma) garota está feliz é porque ela está onde gosta	Felicidade. Realização.
Ela sempre fala para os pais que ela gostaria de estar próxima ao mar e morar numa cidade de praia. Lá ela se sente bem, se sente feliz e é onde realmente ela quer estar.	Por isso fala para os pais que gostaria de morar próxima ao mar que é onde se sente feliz	Regressão. Insatisfação com ambiente doméstico. Conflitos com os pais

2. **Herói**

   Idade: criança **Sexo:** feminino **Vocação:**

   Interesses: brincar **Traços:** realização

   Imagem corporal e/ou autoimagem: infantilizada

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** morar na praia

      Influência dinâmica: Insatisfação com ambiente doméstico

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** alegre
5. **Conflitos significativos:** relações familiares
6. **Ansiedades:** realização de desejo
7. **Mecanismos de defesa:** regressão
8. **Adequação do superego:**
9. **Integração do ego**: fraca

História nº: 12 **Figura nº: 19**

1. **Tema:** A casa

TL: 23s TT: 2:57 – Tem uma amiga... que mora numa casa, que a mim me parece uma casinha de boneca. Porque é uma casa que tem dois quartos, uma cozinha, onde tem um fogão a lenha, a chaminé sobe pelo telhado, tem uma sala. Não é cercada essa casa, ela é toda aberta. Então o quintal é imenso. O jardim também. Eu gosto porque é uma casa que apesar de pequena, muito acolhedora. No verão tem muitas flores e no inverno ela fica coberta de neve, e é muito gostoso quando se acende o fogão a lenha, ajuda a esquentar o espaço de dentro da casa. Lá, as vezes ela me chama para tomar um delicioso chocolate quente.		
Nível Descritivo	Nível Interpretativo	Nível Diagnóstico
		Infantilização. Desejo de acolhimento. Receptividade. Relação afetiva.

2. **Herói**

   Idade: **Sexo:** **Vocação:**

   Interesses: **Traços:**

   Imagem corporal e/ou autoimagem:

3. **Necessidades do herói:**
   a. **Necessidades comportamentais do herói:** ser convidada para tomar um chocolate quente

      Influência dinâmica: acolhimento

   b. **Figuras, objetos ou circunstâncias introduzidas:** cômodos da casa. Verão. Fogão a lenha

      Ampliando necessidades a ou para: acolhimento

   c. **Figuras, objetos ou circunstâncias omitidas ou distorcidas:**

      Ampliando necessidades a ou para:

4. **Concepção do ambiente:** agradável
5. **Conflitos significativos:**
6. **Ansiedades:** ser acolhida
7. **Mecanismos de defesa:** regressão.
8. **Adequação do superego:** ausente
9. **Integração do ego**: fraca