

MARCELO SANTOS SOLIDADE

Fatores psicológicos e características psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em ciências.

Programa – Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas

(Versão corrigida. Resolução CoPGr6018/11, de 1 de novembro de 2011.

A versão corrigida está disponível na Biblioteca HCFMUSP)

**São Paulo
2023**

MARCELO SANTOS SOLIDADE

**Fatores psicológicos e características psicodinâmicas dos portadores da doença de
Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em ciências.

Programa – Ciências em Gastroenterologia

Orientador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas

**São Paulo
2023**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Solidade, Marcelo Santos
Fatores psicológicos e características
psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn por
meio do psicodiagnóstico de Rorschach / Marcelo
Santos Solidade. -- São Paulo, 2023.
Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências em Gastroenterologia.
Orientador: Sérgio Carlos Nahas.

Descritores: 1. Doenças inflamatórias intestinais
2. Doença de Crohn 3. Teoria psicanalítica
4. Características psicodinâmicas e fatores
psicológicos 5. Psicodiagnóstico de Rorschach

USP/FM/DBD-205/23

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Dedico esta dissertação aos pacientes portadores da Doença de Crohn do Departamento de Gastroenterologia do HCFMUSP.

À minha mãe Maurina Santos da Silva, e, ao meu pai, Carlos Ferreira Solidade (*in memoriam*) e a todos meus irmãos, pelo cuidado, atenção, incentivo e amor.

À minha esposa Caroline Ribeiro Silva, pelo incentivo e paciência, por me dar força nos momentos de fraqueza e dificuldades, pelo seu apoio incondicional, pelo companheirismo e, sobretudo, pelo amor.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Sérgio Carlos Nahas, meu orientador, pela confiança no meu trabalho, ensinamentos, pela sua erudição nas observações, pelo apoio e críticas construtivas, sobretudo pelos conselhos e incentivo profissional. Foi um privilégio ímpar tê-lo como orientador.

Ao professor Dr. Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior, incansável em sua gentileza e competência, pelo incondicional apoio e disponibilidade, pela sua colaboração implicada e lúcida, pelos aconselhamentos assertivos e pelo estímulo permanente, que muito contribuiu para melhorar minha profundidade e clareza na investigação, além da sua acurada e amiga contribuição, sem a qual não chegaria à redação final desta dissertação.

À Psicóloga Marlene Monteiro da Silva, minha eterna professora, pelo convite para realizar esta pesquisa, pelas ricas discussões que tanto ajudara a traçar os caminhos entre a psicanálise e a ciência, pela sabedoria em suas observações, conselhos e ensinamentos, por segurar minha mão nesta trajetória, como quem segura a mão de um filho. A ela, meu eterno agradecimento.

À Dra. Kátia Osternack Pinto, pela disponibilidade e gentileza ao me receber tantas vezes em sua casa, pelos conselhos e ensinamentos, pelo apoio profissional e, sobretudo, pelo seu carinho, cuidado e olhar humano. Muito obrigado por sempre me receber de braços abertos.

Às enfermeiras do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Departamento de Gastroenterologia pelo apoio, colaboração e principalmente pelo carinho e cuidado.

À Cleiton Agostinho Lima, encarregado de serviço de arquivo médico do HCFMUSP, sempre muito cortês, gentil e empático. Agradeço também ao Luiz Dantas Cardoso, oficial administrativo. Obrigado pelo apoio em todos os momentos.

Aos médicos do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, Dr. Marcelo Rodrigues Borba, Dra. Mariane Gouvêa Monteiro de Camargo, Dr. Arceu Scavanini Neto, Dra. Carolina Graciolli Facanali, Dra. Jane Oba, e em especial ao Dr. Carlos Walter Sobrado Junior pelo cuidado, apoio, conselhos e colaboração.

À secretária da Pós-graduação em Ciências em Gastroenterologia da FMUSP, Vilma de Jesus Libério pelo apoio, colaboração e suporte em todos os momentos.

À bibliotecária da FMUSP, Marta Regina Rodrigues sempre disponível e gentil para auxiliar nas buscas e organizações das informações.

Ao Revisor Paulo Alexandre Rocha Teixeira, pelos comentários e valiosas sugestões que auxiliaram na revisão e conferiu melhorias no texto.

Dor elegante

Um homem com uma dor
é muito mais elegante
caminha assim de lado
como se chegando atrasado
andasse mais adiante

carrega o peso da dor
como se portasse medalhas
uma coroa um milhão de dólares
ou coisa que os valha

ópios, edens, analgésicos
não me toquem nessa dor
ela é tudo o que me sobra
sofrer, vai ser a minha última obra.

(Paulo Leminski, 1994, p. 70)¹

Psicanálise e Medicina. Se há fronteiras entre
ambas as clínicas, há sobretudo litoral.

(Ramirez, 2011, p. 14)²

¹ Leminski P. La vie en close. 5a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994

² Ramirez HHA. et al. A pele como litoral: fenômeno psicossomático e psicanálise. São Paulo: Annablume; 1991.

RESUMO

Solidade, MS. *Fatores psicológicos e características psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2023.

INTRODUÇÃO: Apesar do crescente aumento da incidência da Doença de Crohn (DC) no mundo, sua etiologia continua desconhecida. **OBJETIVO:** Conhecer os fatores psicológicos e as características psicodinâmicas dos pacientes com doença de Crohn. **MÉTODOS:** Examinamos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP de ambos os sexos, com idade entre 18 e 60 anos entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021. Foram aplicados o Psicodiagnóstico de Rorschach e a entrevista semidirigida. **RESULTADOS:** A percepção da realidade está comprometida em 83% da amostra, e ainda apresentam tendência perfeccionista (74%), insegurança (93%) e dificuldade de identificar e expressar as emoções (32%). No setor afetivo, encontraram-se o controle insuficiente dos afetos (55%), as dificuldades de observação da realidade (58%), de adaptação (64%), para a adequada coordenação das vivências emocionais (42%) e para conter as vivências internas de ansiedade (48%), o controle emocional frágil (45%) e a capacidade aumentada de identificação e contato humano (71%). Observou-se conflito intrapsíquico em 42%. A entrevista semidirigida mostrou que 68% conviveram em ambiente familiar com três ou mais estímulos agressores: pai alcoolista, violência sexual, psicológica ou física, mãe autoritária e controladora, relação de agressividade entre os pais e dificuldades financeiras na infância. A separação dos pais, junto com a convivência com pais alcoolistas e o abuso sexual sugeriram associação com a fórmula da angústia ($p < 0,01$). Os pacientes que sofreram abuso sexual apresentaram valores estatisticamente significativos de dificuldade do controle racional das emoções ($p = 0,001$) e aumentou a estatística da fórmula da angústia em 10,37 pontos ($p = 0,030$). **CONCLUSÃO:** A violência intrafamiliar por meio de três ou mais estímulos agressores, em especial a mãe autoritária e controladora e o abuso sexual, são fatores associados a doença de Crohn e os eventos estressantes e significativos de sofrimento demonstraram ser gatilho para a manifestação dos primeiros sintomas. Há nestes pacientes um quadro composto por mecanismos psíquicos importantes que estão profundamente incapacitados, levando-os a ter dificuldades para lidar com situações que causem grande estresse e sofrimento, principalmente em momentos de perdas. Apresentam, também, dificuldade para controlar a ansiedade e as emoções, o que gera alto nível de angústia.

Palavras-chave: Doenças Inflamatórias Intestinais. Doença de Crohn. Teoria psicanalítica. Características Psicodinâmicas e Fatores Psicológicos. Psicodiagnóstico de Rorschach.

ABSTRACT

Solidade, MS. *Psychological factors and psychodynamic characteristics of Crohn disease patients using the Rorschach Psychodiagnosis*. [Dissertation]. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2023.

INTRODUCTION: Despite the growing incidence of Crohn's Disease (CD) in the world, its etiology is still unknown. **OBJECTIVE:** To know the psychological factors and psychodynamic characteristics of patients with Crohn's Disease. **METHODS:** We have examined 31 patients diagnosed with Crohn's disease at the Inflammatory Diseases Outpatient Clinic of the Gastroenterology Department Coloproctology Service at the University of São Paulo School of Medicine Clinics Hospital (HCFMUSP), aged between 18 and 60 years, between the months of January 2020 and February 2021. The Rorschach Psychodiagnosis and the semi-directed interview were applied. **RESULTS:** Perception of reality is compromised in 83% of the sample, and they also have a perfectionist tendency (74%), insecurity (93%) and difficulty identifying and expressing emotions (32%). In the affective sector, insufficient control of affections (55%), difficulty observing reality (58%), adapting (64%), adequately coordinating emotional experiences (42%) and containing internal experiences of anxiety (48%), fragile emotional control (45%) and increased capacity for identification and human contact (71%) were observed. Intrapsychic conflict was observed in 42% of samples. The semi-directed interview showed that 68% lived in a family environment with three or more aggressor stimuli: alcoholic father, sexual, psychological or physical violence, authoritarian and controlling mother, aggressive relationship between parents and financial difficulties in childhood. Parental separation, together with living with alcoholic parents and sexual abuse suggested an association with the anguish formula ($p < 0.01$). Patients who suffered sexual abuse showed statistically significant difficulty rationally controlling emotions ($p = 0.001$) and an increased anxiety scale statistic by 10.37 points ($p = 0.030$). **CONCLUSION:** Intrafamily violence through three or more aggressor stimuli, chiefly authoritarian and controlling mother and sexual abuse, are factors associated with Crohn's Disease; in addition, stressful and significant events of suffering are proved to trigger the production of the first symptoms. These patients have a condition encompassed by important psychological mechanisms that are profoundly incapacitated causing them to have difficulties to deal with situations that cause great stress and suffering, especially in times of loss. They also have difficulty controlling anxiety and emotions, which generates a high level of anguish.

Keywords: Inflammatory Bowel Diseases, Crohn's Disease, Psychoanalytic Theory, Psychodynamic Characteristics and Psychological Factors.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Produtividade na aplicação do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 2** – Modo de Apreensão do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 3** – Controle racional das emoções do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 4** – Precisão do pensamento e elaboração da realidade do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 5** – Estereotipia do pensamento do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 6** – Capacidade de adaptação social do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 7** – Distribuição dos tipos vivenciais do teste de Rorschach obtidos dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP
- Gráfico 8** – Nível de Angústia do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian
- Gráfico 9** – Conteúdos inteiros e parciais do teste de Rorschach dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP
- Gráfico 10** – Nível de escolaridade dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos dados do IBGE
- Gráfico 11** – Porcentagem dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP que sofreram abuso sexual em comparação aos dados do IBGE

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Associação entre o Índice de Maturidade Afetiva ou Controle Afetivo Externo dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP e alguns dados da entrevista semi-dirigida
- Tabela 2 – Descrição do Controle Afetivo Interno dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP e e alguns dados da entrevista semi-dirigida.
- Tabela 3 – Associação dos dados da Fórmula da Angústia com alguns da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.
- Tabela 4 – Resultado do modelo de regressão linear múltipla para explicar conjuntamente a Fórmula da Angústia e características da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.
- Tabela 5 – Associação do Funcionamento Lógico a dados da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.
- Tabela 6 – Associação da dificuldade de adequada coordenação das vivências emocionais e relato de abuso sexual na entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.
- Tabela 7 – Associação do Índice de Conformismo com alguns dados da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.
- Tabela 8 – Associação entre Estereotipia do Pensamento e dados da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DII	Doenças Inflamatórias Intestinais
DC	Doença de Crohn
RCU	Retocolite Ulcerativa
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HCFMUSP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CFP	Conselho Federal de Psicologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SII	Síndrome do Intestino Irritável
IBDQ	Questionário de Qualidade de Vida para Doença Inflamatória
R	Respostas
RA	Respostas Adicionais
DEN	Denegação
T.L.	Tempo de Latência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO.....	19
2.1 Objetivo.....	19
3 MATERIAL E MÉTODO.....	20
3.1 Casuística.....	20
3.2 Instrumentos.....	20
3.2.1 Psicodiagnóstico de Rorschach.....	20
3.2.2 Entrevista Semidirigida.....	21
3.3 Coleta de dados.....	22
3.4 Análise de dados.....	22
4 RESULTADOS.....	24
4.1 Resultados obtidos pelo Método de Rorschach.....	24
4.1.1 Produtividade.....	24
4.1.2 Mecanismos Intelectuais.....	25
4.1.3 Funcionamento Lógico.....	25
4.1.4 Demais Índices Intelectuais.....	26
4.1.4.1 Estereotipia do Pensamento.....	26
4.1.4.2 Capacidade de Adaptação Social.....	27
4.1.4.3 Diversidade de Conteúdo.	27
4.2.3 Mecanismos Afetivos.....	27
4.2.4 Estabilidade emocional.....	28
4.2.5 Controle afetivo externo.....	28
4.2.6 Controle da Ansiedade.....	28
4.2.7 Controle Afetivo Interno.....	28
4.2.8 Fórmula da Angústia.....	29
4.2.9 Demais Mecanismos Afetivos.....	29
4.2.9.1 Índice de Introversidade e Imaginação Criadora.....	29
4.2.9.2 Capacidade de Identificação e Contato Humano.....	29
4.2.9.3 Conteúdos inteiros ou parciais.....	29
4.3 Resultados obtidos na entrevista semidirigida.....	30
4.4 Resultados obtidos na relação entre dados da Entrevista Semidirigida e do Método do Rorschach.....	32

5 DISCUSSÃO.....	37
5.1 Considerações iniciais.....	37
5.2. Psicodiagnóstico do Rorschach.....	38
5.2.1 Entrevista.....	43
5.2.2 Relação dos resultados do Rorschach com a entrevista semidirigida.....	48
5.3 Fatores Psicológicos e Características Psicodinâmicas.....	50
6 CONCLUSÃO.....	52
7 REFERÊNCIAS.....	53
8. APÊNDICES.....	59
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	59
APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA - PRIMEIRO MOMENTO.....	62
APÊNDICE C - ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA - SEGUNDO MOMENTO.....	64
APÊNDICE D - PRANCHAS DO PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH.....	65
APÊNDICE E - PARECER DA PLATAFORMA BRASIL.....	66
9. ANEXO.....	69
ANEXO A – Tabela 1 – Descrição das características pessoais e do histórico psicológico dos pacientes avaliados.....	69
ANEXO B – Tabela 2 – Descrição dos parâmetros do Rorschach em todos os pacientes avaliados (continua)	70
ANEXO C – Dados da Entrevista Semidirigida.....	74
ANEXO D – Dados do Método do Rorschach.....	75
NORMALIZAÇÃO ADOTADA.....	77

1 INTRODUÇÃO

A doença de Crohn (DC) é uma das principais enfermidades da doença inflamatória intestinal (DII), de caráter incurável até o presente momento. Caracteriza-se por focos de inflamação transmural que podem afetar qualquer segmento do trato gastrointestinal, desde a mucosa oral até o ânus e a região perianal, os locais mais afetados, porém, são o íleo terminal e o cólon proximal. Segundo Cardozo e Sobrado¹, os sintomas variam de leves a graves durante as recaídas e podem desaparecer ou diminuir durante as remissões.

Nos últimos anos, de acordo com Kaplan e Siew², sua incidência vem aumentando em toda a população mundial, especialmente em países desenvolvidos. No entanto, Kotze et al.³ observaram que esse aumento vem ocorrendo também na América Latina, principalmente no Brasil, com maior incidência no interior dos estados de São Paulo e Minas Gerais^{4, 5, 6}. Na região Centro-Oeste do Estado de São Paulo, durante os anos de 2001 a 2005 foi de 3,5 casos por 100.000 pessoas, e sua prevalência foi de 5,65 casos por 100.000 pessoas⁷.

Embora considerável progresso tenha ocorrido em seus estudos, sua etiologia ainda é desconhecida. Devido à falta de compreensão da etiologia das doenças inflamatórias intestinais (DII), têm sido exaustivamente investigados possíveis causadores dessa patologia. Muitas teorias foram propostas para explicar a DII: genética, ambiental, alérgica, autoimune, imunológica, de infecciosa a psicossomática⁸. Apesar de alguns autores acreditarem que sua causa seja apenas física, Gouveia e Avila⁹ buscaram entender a relação da doença com fatores emocionais.

Essa relação tem sido objeto de interesse do mundo científico ao longo da história. Desde que surgiu a psicanálise, que teve sua origem na medicina, partindo do corpo, com seus estudos sobre a histeria e as conversões, Freud¹⁰ buscou a compreensão da dinâmica do funcionamento psíquico, ou seja, a inter-relação da esfera afetivo/emocional desde a infância à fase adulta com o meio ambiente familiar e social e os fatores psicológicos, manifestados como ansiedade, depressão, fobias, etc. A teoria psicanalítica procura associar muitas expressões orgânicas e enfermidades com conflitos psíquicos, assim reconhecendo que certas expressões orgânicas e algumas enfermidades podem estar sendo profundamente influenciadas por fatores emocionais anteriores ou simultâneos, alterando o curso e a evolução das doenças somáticas. Conflitos psíquicos designam, segundo Laplanche e Pontalis¹¹:

a oposição entre dois sentimentos conflitantes ou de dois desejos simultâneos e contraditórios. No sujeito, opõem-se exigências internas contrárias que criam conflitos que podem ser manifestos ou latentes, podendo o conflito latente exprimir-se de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se pela formação de sintomas, desordens do comportamento, etc. Em seus escritos, Freud se encarregou de demonstrar que os conflitos psíquicos estão na gênese das psicopatologias, do sofrimento psicológico humano (p. 89).

Segundo McDougall¹², a somatização como resposta à dor mental é uma das respostas psíquicas mais comuns que o ser humano é capaz. A autora nos alerta que todos têm tendência a somatizar quando as circunstâncias internas e externas da vida ultrapassam os modos psicológicos de defesas habituais. Na ausência do símbolo e da palavra, é no corpo que o sofrimento aparece. Em outras palavras, ao longo da vida, com frequência enfrentamos situações inesperadas que geram intensas angústias. Se por excesso, essas angústias provenientes de experiências traumáticas não são elaboradas, elas transbordam para o corpo, que adocece. Para Zimmerman¹³, há incapacidade nesses indivíduos em conseguir conter e poder pensar as suas experiências emocionais dolorosas. De acordo com esse autor, pode-se dizer que, seja qual for a natureza da manifestação psicossomática, ela sempre exige a presença de fatores psicológicos.

Estudos apontam que os sentimentos e as respostas emocionais, assim como os eventos estressantes e as experiências de estigmatização sofridas desempenham um papel importante na etiopatogenia de várias doenças, motivando a investigar o quanto de emocional pode estar associado ao quadro orgânico e na etiologia de algumas enfermidades. Uma pesquisa realizada na Alemanha por Clemens et al.¹⁴ com 2.510 indivíduos por meio de questionários com o objetivo de investigar como eventos estressantes da vida na idade adulta, especialmente assédio moral, perda de um ente querido e violência sexual, poderiam estar associados a fatores de risco cardiovascular e infarto do miocárdio. Demonstraram que eventos estressantes na vida adulta estão significativamente associados à saúde cardiovascular. Outro estudo realizado por Silverberg J. e Silverberg N.¹⁵, baseado em questionário que avaliou 1.541 adultos com vitiligo, observou que os estressores psicológicos, por exemplo, a morte de um ente querido, problemas familiares, fim de longo relacionamento, podem atuar como gatilhos da doença. Kort et al.¹⁶ realizaram um estudo com 280 pacientes com diabetes Mellitus e 355 controles não diabéticos por meio de questionários, verificando na população diabética fatores psicológicos associados a sintomas gastrointestinais.

Essa relação não é diferente com as doenças do aparelho digestivo. Muitas pesquisas associam sintomas gastrointestinais com fatores psicológicos, eventos desencadeantes de sofrimento e distúrbios emocionais. Um estudo transversal realizado na Indonésia em 2019

por Oswari et al.¹⁷ com 1.813 adolescentes de 10 a 17 anos avaliou os distúrbios funcionais da dor abdominal e sua relação com o estresse emocional por meio de questionário autoadministrado. Observou-se que os eventos de vida estressantes, como divórcio ou separação dos pais, alcoolismo do pai e morte de familiar próximo, foram significativamente associados aos distúrbios funcionais da dor abdominal: síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional, dor abdominal funcional. Bradford et al.¹⁸ realizaram uma pesquisa por meio de questionários com 294 pacientes com síndrome do intestino irritável (SII) e 435 do grupo controle e verificou que vários tipos de eventos adversos precoces, dentre eles, punição física, trauma geral e abuso emocional, estão associados ao desenvolvimento de DII. Resultado semelhante foi observado em outro estudo realizado por Park et al.¹⁹ também por meio de questionários com 145 pacientes com eventos adversos precoces antes dos 18 anos, por exemplo, abuso físico, emocional e sexual e trauma geral em comparação com 154 controles saudáveis. O histórico de doença mental doméstica, membro da família encarcerado e abuso emocional foram preditores significativos de SII.

Na literatura, pesquisas também apontam que fatores psicológicos (depressão e ansiedade) exarcebam os sintomas das doenças inflamatórias intestinais. Em uma delas, Jordi et al.²⁰ investigaram o impacto da depressão nos resultados clínicos relevantes da DII com 1.973 pacientes com a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão e constatou que os sintomas depressivos foram um forte preditor de deterioração clínica. Um trabalho de Reigada et al.²¹ com questionários com 111 pacientes pediátricos da DII demonstrou que a ansiedade relatada pelo paciente sinalizou que os jovens com sintomas de ansiedade elevados são mais propensos a experimentar repetidas recaídas da doença. Tomazoni e Benvegnu²², em um estudo realizado com dados coletados por meio de questionários de 110 pacientes adultos, identificaram que a doença de Crohn tem impacto negativo considerável na qualidade de vida e contribui para o aparecimento de ansiedade e depressão. No entanto, nesses trabalhos foram utilizados questionários simples, um método que produz uma visão mais simples da personalidade.

Outro estudo que investigou evidências de aumento do sofrimento psicológico e alterações no funcionamento da personalidade em pacientes com doença de Crohn (n = 31) e colite ulcerativa (n = 31) em comparação com controles saudáveis (n = 31), Engel et al.²³ identificou que queixas depressivas e relacionadas à ansiedade foram maiores em pacientes com DC e Retocolite Ulcerativa (RCU). Resultado semelhante ocorreu com o funcionamento da personalidade, pois os pacientes com DC e RCU relataram mais déficits/alterações nas

características estruturais psicodinâmicas internas, entendidas como autopercepção, autorregulação, comunicação interna e apego a objetos internos; e externa, compreendidas como percepção de objetos, regulação de relacionamentos, comunicação externa e apego a objetos externos, do que o grupo controle saudável. Contudo, apesar dos resultados evidenciados, foram empregados questionários que possibilitam uma visão limitada da personalidade do indivíduo e que não são critérios para diagnóstico.

Um estudo realizado por Pinto²⁴ em 2001, foi o único que utilizou o método de Rorschach em nosso meio. Foram pesquisados a personalidade e os fatores psíquicos de 20 pacientes com a Doença de Crohn e 20 com Retocolite Ulcerativa de ambos os sexos por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach, da entrevista semidirigida e do questionário de qualidade de vida (IBDQ) que estavam em acompanhamento no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A análise dos dados foi feita para o grupo dos pacientes com DII e em separado para os da DC e RCU. Verificou-se que os portadores de Crohn, assim como os de RCU, evidenciavam sintomas emocionais: presença de forte angústia, fraco controle emocional, tendência em omitir conflitos e frustrações, bloqueio das manifestações afetivas, tendência à inibição dos afetos e controle dos impulsos, além de medo e ansiedade. Observou-se também que, embora no questionário IBDQ os pacientes tenham demonstrado excelente qualidade de vida em todos os domínios avaliados, esse resultado contrastou com as queixas verbalizadas na entrevista, evidenciando assim a tendência desses sujeitos em omitir seus conflitos e frustrações, características encontradas no psicodiagnóstico de Rorschach.

Vale ressaltar também que esse estudo foi realizado há mais de duas décadas. Mudanças ocorreram no próprio tratamento da Doença de Crohn. Essas pessoas foram pesquisadas antes do emprego das terapias biológicas revolucionarem o tratamento da DII, o que mudou a perspectiva da terapêutica médica. Os agentes biológicos alcançaram com êxito os resultados tradicionais de indução e manutenção de respostas clínicas e remissão, melhorando a qualidade de vida do paciente, como também permitiu uma melhor eficácia na cicatrização da mucosa, prevenindo assim recidivas após procedimentos cirúrgicos para a DC, o que reduziu a proporção de pacientes operados e aumentou o período entre as crises sintomáticas²⁵. Além dessa mudança no tratamento medicamentoso, ocorreram também mudanças psicossociais no contexto familiar e no trabalho, especialmente no aumento da ansiedade, da depressão e do estresse no mundo, entre outros fatores psicológicos. Diante

disso, pergunta-se: podem essas mudanças do mundo contemporâneo terem afetado o psiquismo das pessoas, na sua forma de se relacionar com seu mundo interno e externo?

Neste estudo, nossa hipótese é a de que a doença de Crohn está associada a características psicodinâmicas e de personalidade dessas pessoas em comparação à população geral. Assim, o objetivo desta pesquisa é conhecer os fatores psicológicos e as características psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn.

Por fatores psicológicos, entende-se o conjunto de características individuais resultantes da complexa interação entre as vivências emocionais, afetivas e os fatores biológicos desde o nascimento. Para Zimmerman¹³, “os aspectos sociais, culturais e familiares, intimamente inter-relacionados com as necessidades, desejos e fantasias inconscientes da criança, vão determinar pontos de fixação conflitivos”. A personalidade do indivíduo, assim constituída e as características psicológicas influenciarão na forma de compreender o mundo, de estabelecer relações interpessoais e de lidar com as próprias emoções. Essa complexa resposta determinará padrões de comportamentos diante de fatores externos, tais como: situações estressantes, perdas, frustrações, entre outros.

Zimmerman²⁶ diz que “Freud em seus escritos, percebeu que o sistema consciente e o inconsciente estavam na verdade em jogo de forças dinâmicas que despendiam energia psíquica para reprimir desejos proibidos e para manter a repressão”. Ou seja, características psicodinâmicas são o funcionamento psíquico de cada indivíduo, que resulta da ação do mundo interno (consciente e inconsciente) e da influência do externo (sociedade, amigos, família), sua relação afetivo/emocional com o outro. A dinâmica começa a ser construída precocemente na infância com as primeiras experiências, influenciando muito o desenvolvimento da dinâmica do psiquismo humano, criando, assim, representações mentais do seu mundo interno e externo desde os primeiros dias de vida. Esses processos mentais (emoções, sentimentos e pensamentos), muitas vezes divergentes e até contraditórios, ocasionam os conflitos psíquicos. Essa rica dinâmica determina a personalidade do sujeito e na sua forma de se relacionar com o mundo.

À vista disso, para o presente estudo, escolhemos empregar o Psicodiagnóstico de Rorschach, baseado no conceito freudiano de projeção, por ser o instrumento que melhor permite alcançar o objetivo desta dissertação. A projeção é a operação pela qual o sujeito desloca de si aspectos da sua personalidade e os atribui ao outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, pensamentos inaceitáveis, tendências, desejos que ele pode desconhecer ou não reconhece em si. No caso da reação do reconhecimento, é a defesa

primária, mecanismo que consiste em identificar no exterior a origem de um desprazer. Esse mecanismo é um processo cotidiano comum que tem como principal objetivo proteger o ego das ameaças do mundo interno e do externo. É um recurso muito frequente, por exemplo ao atribuir a infidelidade ao parceiro, as culpas por seu fracasso a outras pessoas, etc.¹².

Por meio deste método projetivo, investiga-se o funcionamento psíquico da pessoa e obtém-se um quadro amplo da sua dinâmica psicológica, pois, analisando-a ao procurar organizar uma informação ambígua (a prancha com o borrão de tinta), projeta aspectos de sua própria personalidade. De acordo com Chabert²⁷, “o sujeito encontra-se, portanto, confrontado a uma dupla exigência: ele vai mostrar, na medida do possível, até que ponto e como ele se organiza para tratar ao mesmo tempo seu mundo interno e seu meio ambiente”.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é, portanto, uma técnica que permite acessar aspectos latentes ou encobertos da personalidade. Além de ser um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação da personalidade, pesquisado e reconhecido internacionalmente, pode ser aplicado em qualquer pessoa, desde que tenha condições de se expressar verbalmente e que tenha suficiente acuidade visual, de qualquer faixa etária e nível socioeconômico-cultural. Para obter os dados complementares, será empregada a entrevista semidirigida, com o objetivo de explorar fatos significativos da história de vida do indivíduo e da evolução da doença (primeiros sintomas, diagnóstico e agravamento), assim como sentimentos e emoções relacionados à DC (ansiedade, raiva, angústia e medo).

A presente pesquisa possibilitará melhor compreensão sobre as características psicodinâmicas e os fatores psicológicos dos portadores da doença de Crohn, ao ampliar o conhecimento sobre a personalidade desses indivíduos, que conseqüentemente, poderá aprimorar a prática clínica.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo

Conhecer os fatores psicológicos e as características psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach e da entrevista semidirigida.

3 MATERIAL E MÉTODO

Este é um estudo exploratório de amostra de pacientes de doença de Crohn, transversal avaliados por métodos mistos. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) – e registrado sob número 35701420.5.0000.0068.

3.1 Casuística

Os participantes da presente pesquisa constituem pacientes atendidos consecutivamente entre 14 de janeiro de 2020 e 18 de fevereiro de 2021 com o diagnóstico da doença de Crohn do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, convidados a participar do projeto, respeitando os critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos indivíduos entre 18 e 60 anos de idade, alfabetizados e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Excluídos foram os que tivessem se submetido a processo psicoterápico ou ao psicodiagnóstico de Rorschach ou que estivessem em uso medicamentoso psiquiátrico.

3.2 Instrumentos

Para a realização da pesquisa, foram utilizados como instrumentos o Psicodiagnóstico de Rorschach e a entrevista semidirigida (Apêndices B e C).

3.2.1 Psicodiagnóstico de Rorschach

O Psicodiagnóstico de Rorschach, um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para a avaliação da personalidade por sua capacidade de identificação de ampla gama de traços da personalidade, foi aplicado segundo as técnicas recomendadas pela escola francesa²⁸. O instrumento aqui aplicado foi validado para ser empregado no Brasil. A autora da validação avaliou 405 voluntários, selecionados da população de modo a compor

uma amostra estratificada e representativa, sendo igualmente distribuídos quanto ao gênero e ao nível socioeconômico (baixo e alto) e em proporções diferenciadas em função da idade (20 a 59 anos) e nível de escolaridade (baixa, média, alta). Para caracterização dos desempenhos dos indivíduos avaliados, fizeram-se as estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo) das principais variáveis. Com base nos resultados, elaborou-se o novo atlas com as áreas interpretadas pelos voluntários, material para referência na codificação de novos protocolos para funcionarem como referências normativas.

O Psicodiagnóstico de Rorschach é classificado como método projetivo, permitindo apreender conteúdos não acessíveis à consciência do indivíduo, correspondentes aos aspectos latentes ou encobertos de sua personalidade. Baseia-se na projeção, mecanismo reconhecido pela psicanálise, em que a pessoa se manifesta involuntariamente atribuindo a um elemento externo – pessoa ou coisa – as qualidades, os sentimentos, os desejos que desconhece ou recusa reconhecer em si¹¹. Na prática clínica, é um dos modos para se permitir afastar-se ou proteger-se de suas excitações internas cuja intensidade pode torná-las demasiadamente desagradáveis, ou cujo conhecimento seja emocionalmente intolerável.

O Psicodiagnóstico de Rorschach consiste em uma tarefa que compõe a apresentação de forma sequencial de 10 cartões com 24 cm de altura e 17 cm de largura com manchas de tinta preta e coloridas. A cada um, pede-se que associe uma imagem. Sua aplicação é individual. Durante a aplicação, anotam-se todas as respostas, comportamentos, emoções demonstradas, hesitações e comentários. Uma tabela com categorias principais (localização, determinante e conteúdo) e categorias complementares e secundárias é criada resultado da codificação do protocolo de Rorschach. A análise do protocolo é realizada comparando-se os índices obtidos com os esperados pelos padrões normativos. O passo seguinte é reagrupar os fatores em funções de certas dimensões psicológicas essenciais para situar e compreender o funcionamento psíquico individual, caracterizando as condutas intelectuais ou o investimento da inteligência, os fatores de socialização e a dinâmica afetiva²⁸.

3.2.2 Entrevista Semidirigida

A entrevista semidirigida objetivou colher as informações relativas aos dados pessoais, definidos como idade, sexo, escolaridade, estado marital, ocupação, local de nascimento, idade do diagnóstico, aos dados familiares, apresentado em pais, irmãos, cônjuge, filhos, aos dados da doença: data de início dos primeiros sintomas, diagnóstico, agravamento, possíveis

mudanças nos setores sociofamiliar, recidivas, eventos estressantes antes dos primeiros sintomas, histórico de DII na família. Foram anotados também sentimentos e emoções relacionados à doença, por exemplo, ansiedade, medo, raiva e angústia, além de eventos relevantes da vida do paciente. Foi aplicada em duas etapas, anterior e após o Psicodiagnóstico de Rorschach.

3.3 Coleta de dados

Entre 14 de janeiro de 2020 e 18 de fevereiro de 2021, foram convidados a participarem do estudo os pacientes com doença de Crohn em tratamento no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP. No dia da entrevista (acordado pessoalmente ou por telefone), foi solicitado ao paciente que reservasse um período, manhã ou tarde, para que a entrevista e a aplicação do Psicodiagnóstico de Rorschach fossem realizadas sem pressa, ao ritmo de cada indivíduo. No dia combinado, inicialmente, os participantes receberam duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) para assiná-los, mantendo consigo uma das cópias e a outra entregue ao pesquisador. Durante todo o período, o pesquisador ficou disponível para eventuais dificuldades ou dúvidas. Caso o paciente pedisse para interromper era oferecida pausa ou desistência de participação.

Em seguida, realizou-se a primeira entrevista semidirigida (Apêndice B) para coleta dos dados pessoais, dados familiares e dados da doença. Após a realização da primeira parte da entrevista, foi aplicado no paciente o Psicodiagnóstico de Rorschach. E, por último, foi realizada a segunda parte da entrevista semidirigida (Apêndice C) com o objetivo de complementar os dados já obtidos na primeira parte.

3.4 Análise de dados

Os dados demográficos e os obtidos na entrevista semidirigida alimentaram a tabela resumidora, a que foram acrescentados os resultados da interpretação do Psicodiagnóstico de Rorschach.

As respostas individuais produzidas no método de Rorschach foram transformadas em códigos que, por sua vez, compuseram as variáveis dos mecanismos intelectuais e afetivos, as quais foram organizadas em agrupamentos que permitiram a compreensão dinâmica e da estrutura psíquica. Os dados coletados nas avaliações foram analisados segundo os critérios definidos pelo psicodiagnóstico de Rorschach, obtendo-se as frequências ou proporções para cada uma das variáveis consideradas, organizadas em psicogramas. Os psicogramas foram agrupados, tomando-se a amostra como um todo e comparando-se os índices obtidos com os esperados pelos padrões normativos para a população brasileira, apresentados pelos padrões normativos do Rorschach (escola francesa) em adultos de ambos os sexos. A versão mais recente do estudo normativo em adultos foi realizada por Pasian²⁸ na região de Ribeirão Preto (SP), que foi tomado como atlas de referência para a classificação das respostas obtidas neste trabalho.

A comparação com a normalidade formou a base para a categorização aos dados obtidos, a seguir submetida à análise estatística. Os dados da entrevista semidirigida também foram analisados e categorizados.

Os dados do Rorschach foram analisados como grandezas quantitativas com uso dos testes Mann-Whitney ou testes t-Student. Foram considerados nos modelos de regressões lineares de múltiplas as características que apresentaram $p < 0,20$.

O nível considerado de significância foi de 5%.

4 RESULTADOS

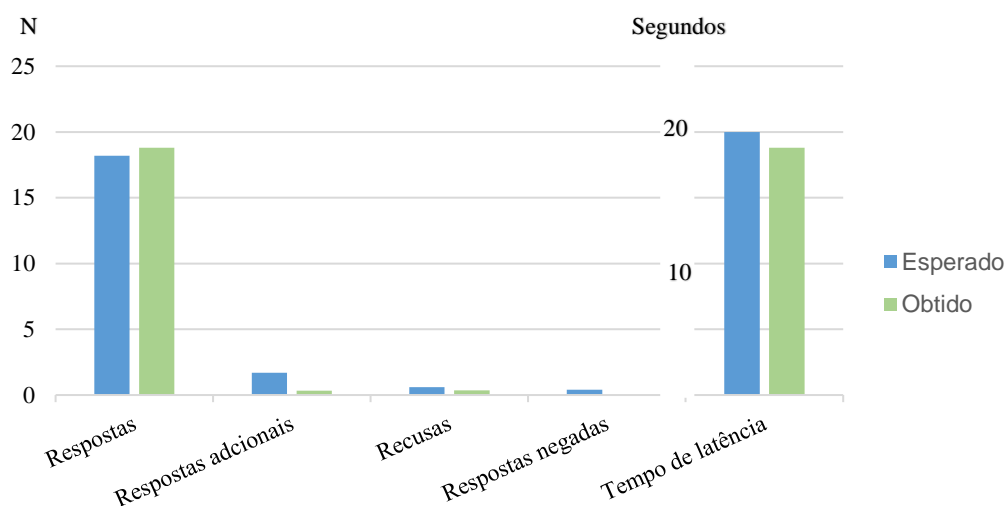
Dos 1.667 pacientes com doença de Crohn que estavam agendados entre 14 de janeiro de 2020 e 18 de fevereiro de 2021 no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, 29% estavam fora da faixa etária de idade para critério de inclusão (entre 18 e 60 anos), 62% moravam fora da cidade de São Paulo ou em cidades próximas e 3% não tinham telefone no cadastro. Foram convidados a participarem do estudo 148 pacientes. Sendo que 102 deles não concordaram em participar por receio de se expor ao vírus SARS-CoV-2 e por questões pessoais. Destes, quinze não eram elegíveis (11 tomavam medicamento psiquiátrico e quatro haviam sido submetidos à psicoterapia). Assim, trinta e um constituíram a amostra deste estudo.

4.1 Resultados obtidos pelo Método de Rorschach

4.1.1 Produtividade

A Produtividade, isto é, a capacidade de adaptação à tarefa proposta, incluiu o número de respostas (R), respostas adicionais (RA), recusas (Rec), denegações (Den) e o tempo de latência (T.L.).

Gráfico 1 – Produtividade dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*

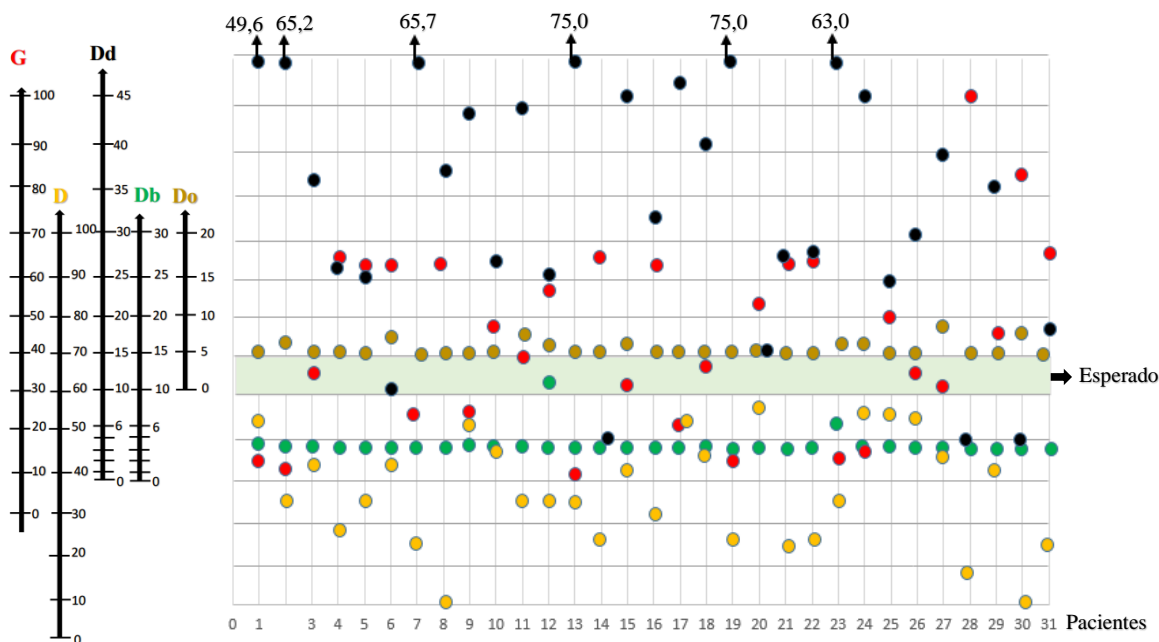


Elaborado pelo autor

*Pasian, S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

4.1.2 Mecanismos Intelectuais

Gráfico 2 – Modo de Apreensão dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*



● Capacidade de ver a situação em seu conjunto / ● Interesse pelo concreto, inteligência prática / ● Tendências Perfeccionistas, obsessivas / ● Energia de luta e resistência ativa / ● Inibição afetiva

4.1.3 Funcionamento Lógico

Gráfico 3 – Controle racional das emoções dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*

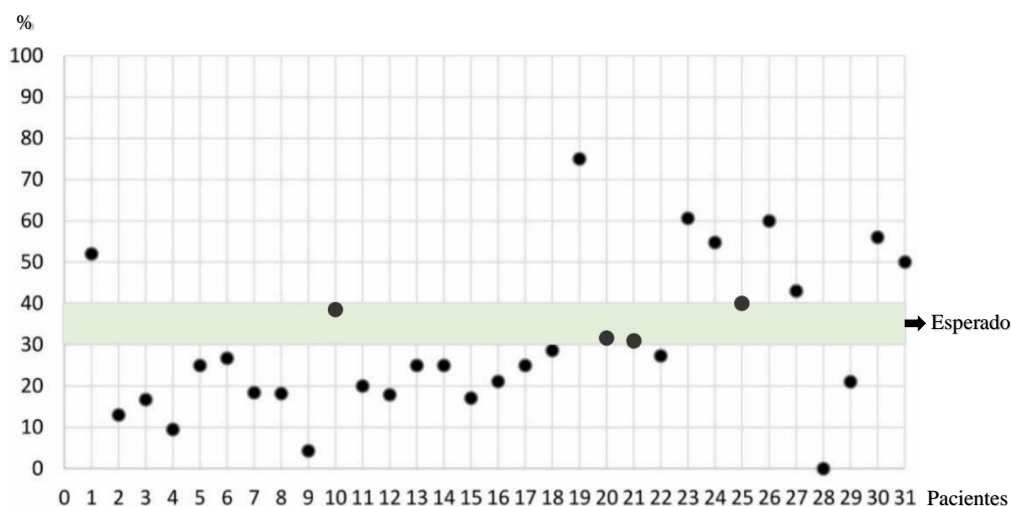
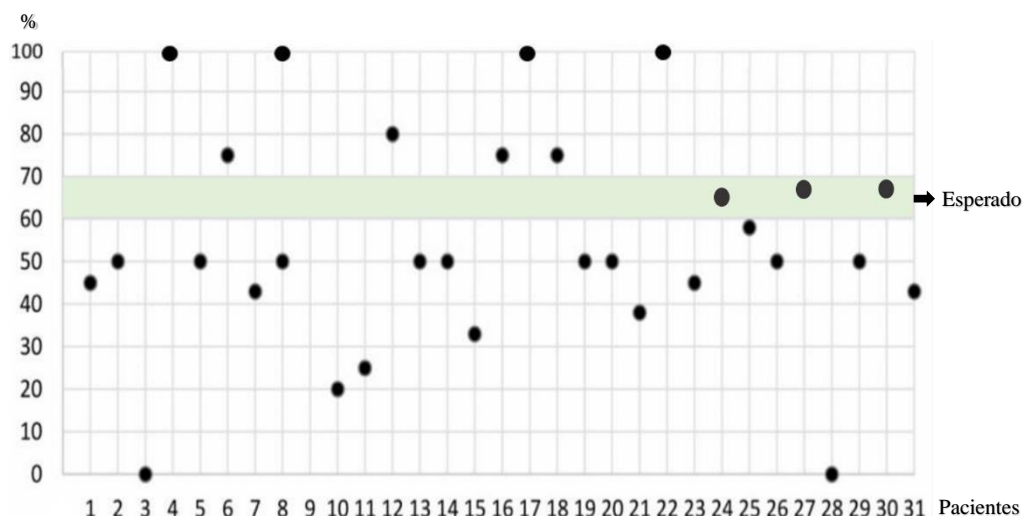


Gráfico 4 – Precisão do pensamento e elaboração da realidade dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*



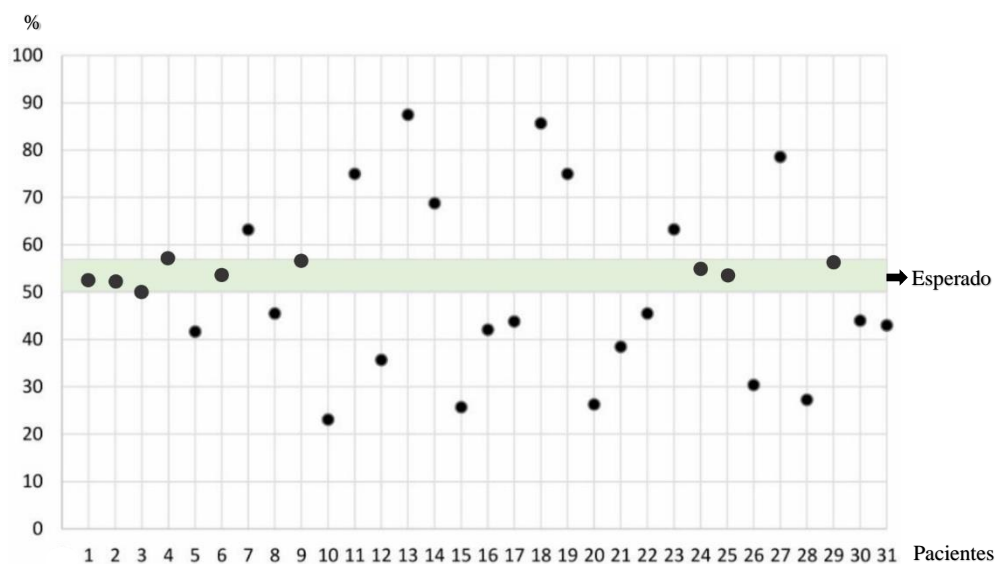
Elaborado pelo autor

*Pasian, S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos: Casa do Psicólogo: 2000.

4.1.4 Demais Índices Intelectuais

4.1.4.1 Estereotipia do Pensamento

Gráfico 5 – Estereotipia do pensamento dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*

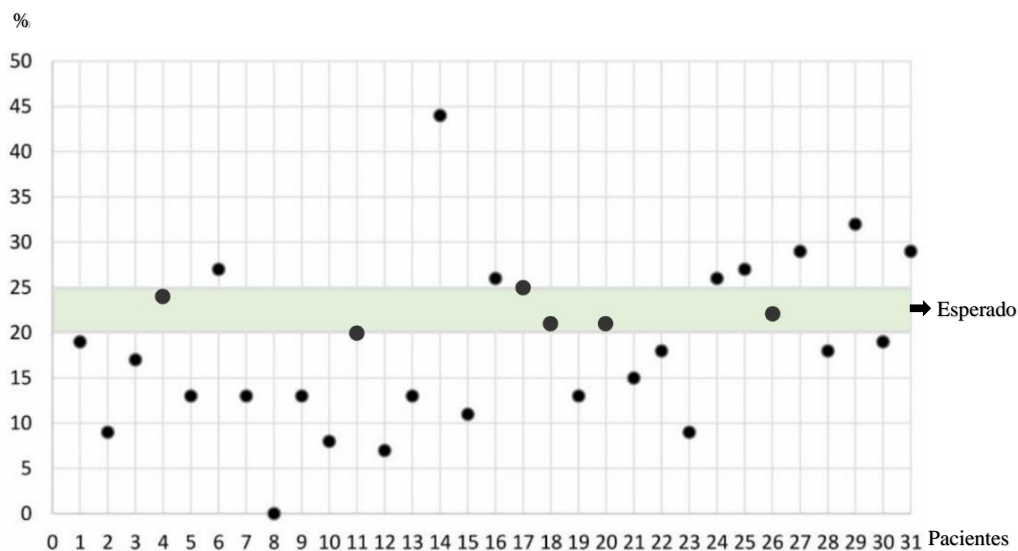


Elaborado pelo autor

*Pasian, S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos: Casa do Psicólogo: 2000.

4.1.4.2 Capacidade de Adaptação Social

Gráfico 6 – Capacidade de adaptação social dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*



Elaborado pelo autor

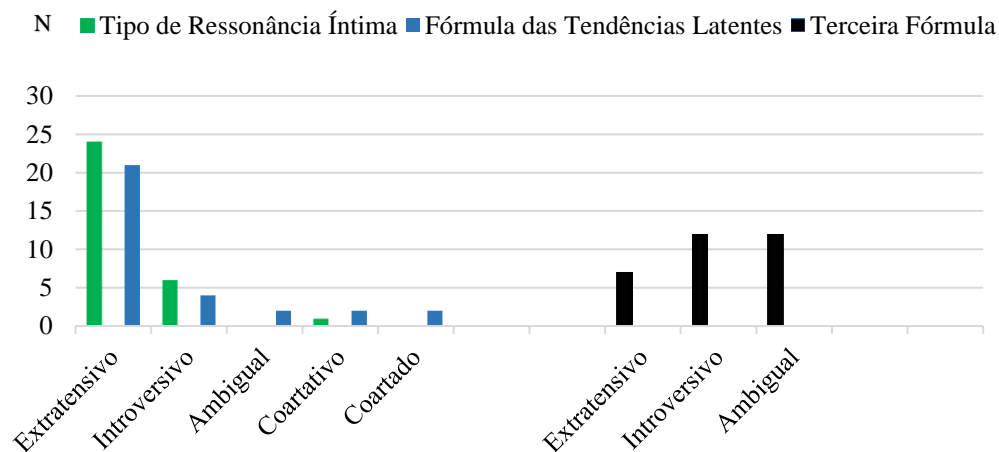
*Pasian, S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos: Casa do Psicólogo; 2000.

4.1.4.3 Diversidade de Conteúdo

Mais da metade da amostra (55%) apresentou baixa diversidade de conteúdo.

4.2.3 Mecanismos Afetivos

Gráfico 7 – Distribuição dos tipos vivenciais obtidos dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP



Elaborado pelo autor.

A análise dos tipos de ressonância íntima individualizada revelou que, dos 31 participantes, 13 (42%) apresentaram conflito entre a primeira fórmula (Tipo de Ressonância Íntima) e a segunda fórmula (Tendências Latentes). Um terço (26%) da amostra também apresentou conflito entre a primeira fórmula (Tipo de Ressonância Íntima) e a Terceira Fórmula Afetiva.

4.2.4 Estabilidade emocional

Quase metade da amostra (42%) apresentou bom potencial de dinamismo interno, não plenamente desenvolvido, porém mostrando alguma dificuldade para a adequada coordenação das vivências emocionais.

Um terço da amostra (29%) expôs imaturidade afetiva em que prevalecem as emoções mais instintivas.

4.2.5 Controle afetivo externo

Quase metade da amostra (45%) apresentou dificuldade no controle racional das emoções, predominando nestes indivíduos as reações impulsivas.

4.2.6 Controle da Ansiedade

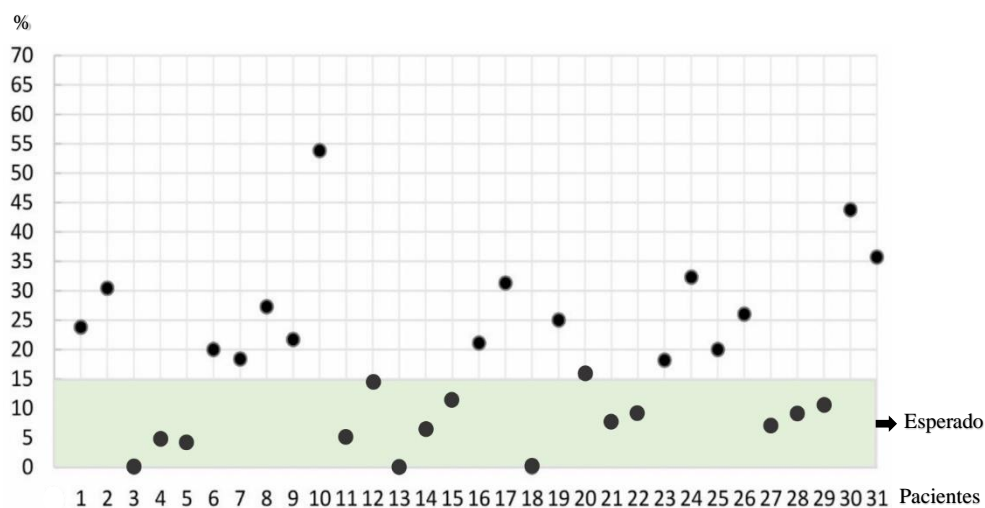
O controle da ansiedade é analisado em equação do controle afetivo interno e da Fórmula da Angústia.

4.2.7 Controle Afetivo Interno

Dos 31 participantes, 15 (48%) apresentaram dificuldade de conter suas vivências internas de ansiedade.

4.2.8 Fórmula da Angústia

Gráfico 8 – Nível de Angústia dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos valores normativos de Pasian*



Elaborado pelo autor

*Pasian, S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos; Casa do Psicólogo, 2000.

4.2.9 Demais Mecanismos Afetivos

4.2.9.1 Índice de Introversidade e Imaginação Criadora

Mais de um terço da amostra (35%) apresentou imaturidade psíquica e limitação da capacidade criativa. Entre eles, seis (19%) apresentaram dificuldades relevantes da capacidade de elaboração interna.

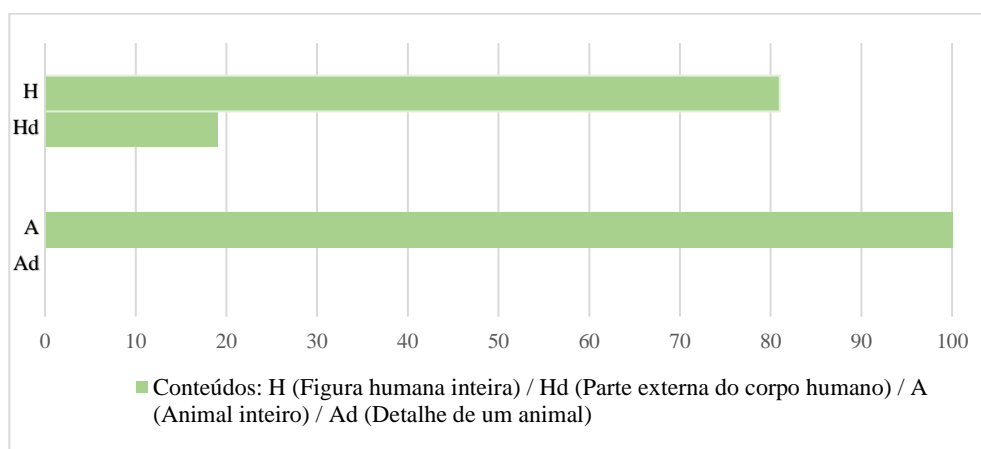
4.2.9.2 Capacidade de Identificação e Contato Humano

A maioria dos participantes (71%) apresentaram sinal de adaptabilidade social e de interesse pelos outros, assim como capacidade de estabelecer contato na vida de relação.

4.2.9.3 Conteúdos inteiros ou parciais

Conforme apresentado no gráfico a seguir, os conteúdos inteiros prevaleceram sobre os parciais.

Gráfico 9 – Conteúdos inteiros e parciais dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP



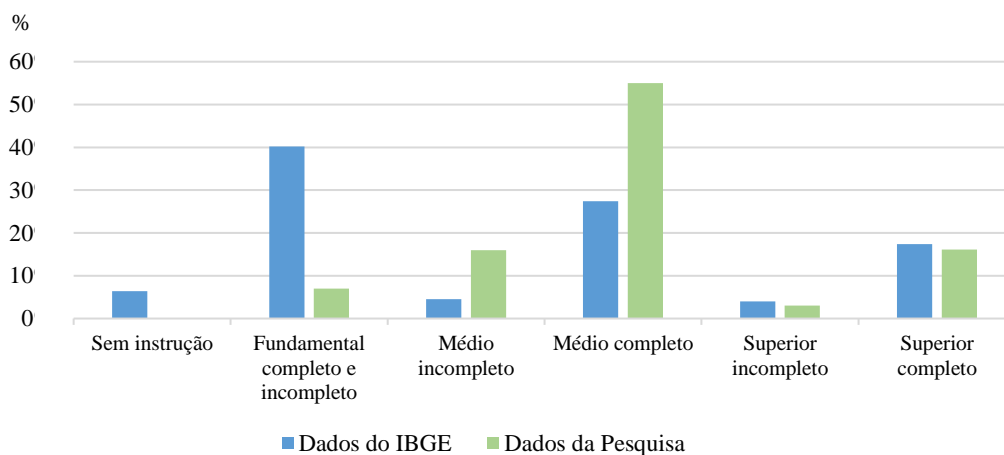
Elaborado pelo autor

4.3 Resultados obtidos na entrevista semidirigida

A média da idade dos participantes é de 39,3 anos (24 a 60 anos). Dezoito deles (58,1%) são solteiros e 58,1% do sexo feminino.

A média de idade ao diagnóstico da doença de Crohn é de 27,7 anos. A distribuição do nível de escolaridade, categorizado em cinco níveis: i) ensino fundamental; ii) ensino médio incompleto; iii) ensino médio completo; iv) superior incompleto; e v) superior completo, é representado no Gráfico 10.

Gráfico 10 – Nível de escolaridade dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP em comparação aos dados do IBGE²⁹



Nota: Neste gráfico foi excluído um paciente por ter 24 anos, idade inferior à menor categoria no estudo do IBGE.

Fonte: IBGE²⁹ e o autor

Dos 31 participantes, 12 (39%) relataram que tiveram alguma doença antes da DC, tais como bronquite asmática (5); psoríase (2); sinusite (1); doença cloridropéptica (1); infecção por herpes zóster (1); hemorroida (1); cisto de Bartholin (1); e esofagite (1). Segundo relato dos pacientes, após os primeiros sintomas da doença de Crohn, os sintomas das doenças anteriores desapareceram ou diminuíram significativamente.

Vinte e cinco pacientes relataram ter vivenciado um ou mais eventos estressantes e significativos de sofrimento antes dos primeiros sintomas da Doença de Crohn, que são, a saber: abuso sexual, descoberta de uma doença crônica no filho, infidelidade do marido, abandono de um dos cuidadores, vivência de assalto violento, internação forçada do pai por alcoolismo e a perda de um ente querido. Destes, três tiveram os primeiros sintomas após dias do evento, os demais pacientes, 15 deles vivenciaram após meses, e outros sete apresentaram os sintomas no intervalo entre um e dois anos.

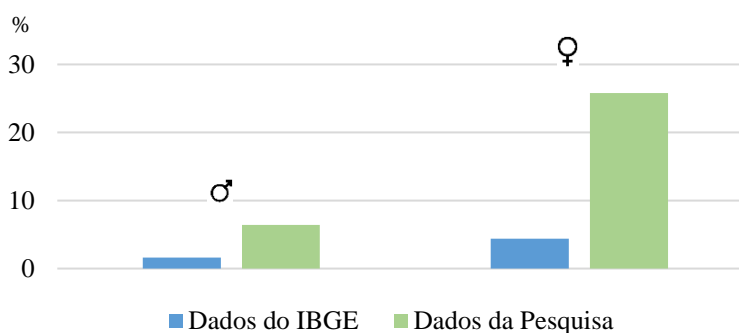
Dezessete participantes relataram que após o diagnóstico da Doença de Crohn começaram a se sentir mais fortes emocionalmente, ao passo que 11 disseram que a doença aumentou ainda mais sua fragilidade emocional e três disseram não saber responder.

Dos que participaram da amostra, quarenta e dois por cento relataram ter convivido com pais alcoolistas e 29% tiveram longo convívio com os genitores masculinos que os agrediam verbal ou fisicamente.

A proporção de pacientes com mães autoritárias e controladoras foi de 67,7%.

O abuso sexual, foi relatado por mais de 30% da amostra (2/13 homens e 8/18 mulheres), conforme apresentado no gráfico a seguir.

Gráfico 11 – Porcentagem dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP que sofreram abuso sexual em comparação aos dados do IBGE³⁰



Elaborado pelo autor.

Nesta amostra, quase a metade (45,2%) relatou ter sofrido agressões físicas ou psicológicas dos familiares repetidamente.

Em outro ponto, a separação dos pais na infância foi vivenciada por 22,6% dos participantes.

A relação parental conflituosa, ela esteve presente em 60% da amostra, contemplando agressões verbais ou físicas.

As dificuldades financeiras na infância, estas foram consideradas como importante razão de sofrimento por 48,4%.

Da amostra, 68% dos participantes conviveram em ambiente familiar com três ou mais estímulos agressores: pai alcoolista, violência sexual, psicológica ou física, mãe autoritária e controladora, relação de agressividade entre os pais e dificuldades financeiras na infância.

Dos 31 participantes, 13 (42%) relataram ter histórico de doenças crônicas na família, tais como depressão (3); leucemia (2); câncer de pulmão (1); câncer do intestino (1); câncer do esôfago (1); cirrose (1); diabetes (1); acidente vascular cerebral (1); asma (1); pressão alta (1); Doença de Alzheimer (1); colangite esclerosante primaria (1). Em alguns casos, houve histórico de duas ou mais doenças crônicas na mesma família. Três participantes da amostra também relataram histórico de doenças inflamatórias intestinais na família, sendo dois casos de Retocolite Ulcerativa e um de Doença de Crohn.

O histórico de uso de drogas ilícitas na família esteve presente em 6,5%.

4.4 Resultados obtidos na relação entre dados da Entrevista Semidirigida e do Método do Rorschach

Para esta análise, as características qualitativas estão apresentadas como frequências absolutas e relativas, e as quantitativas em valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo para cada paciente³¹.

Os dados do Rorschach foram analisados como grandezas quantitativas com o uso de testes Mann-Whitney ou testes t-Student conforme a distribuição de probabilidade dos dados³¹. Foram ajustados aos modelos de regressões lineares múltiplas as características que apresentaram $p < 0,20$. Essas análises foram realizadas com uso do *software* IBM-SPSS for Windows versão 22.0 e tabulados com uso do *software* Microsoft-Excel 2010. O nível considerado de significância foi de 5%.

Na Tabela 1, que segue abaixo, foi analisada a relação entre o índice de Maturidade Afetiva ou Controle Afetivo Externo do método de Rorschach com algumas das características da entrevista semidirigida.

Tabela 1 – Associação entre o Índice de Maturidade Afetiva ou Controle Afetivo Externo dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP e alguns dados da entrevista semidirigida

Maturidade Afetiva ou Controle Afetivo Externo	Sim	Não	p*
Separação dos pais na infância			0,800
média ± DP	-0,14 ± 1,46	-0,54 ± 3,09	
mediana (mín.; máx.)	1 (-2; 1)	0 (-9; 6)	
Sofreu abuso sexual			0,663
média ± DP	0,3 ± 2,71	-0,81 ± 2,82	
mediana (mín.; máx.)	0 (-3; 6)	1 (-9; 3)	
Pai alcoologista			0,622
média ± DP	-0,38 ± 2,66	-0,5 ± 2,96	
mediana (mín.; máx.)	-1 (-4; 6)	0,5 (-9; 3)	
Mãe autoritária e controladora			0,622
média ± DP	-0,76 ± 2,84	0,2 ± 2,7	
mediana (mín.; máx.)	0 (-9; 3)	0,5 (-3; 6)	
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,597
média ± DP	-0,79 ± 3,64	-0,18 ± 1,91	
mediana (mín.; máx.)	-0,5 (-9; 6)	1 (-4; 3)	
Relação parental conflituosa			0,097
média ± DP	-1,06 ± 3,15	0,38 ± 2,02	
mediana (mín.; máx.)	-1 (-9; 6)	1 (-3; 3)	

*Teste Mann-Whitney

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Foi analisada também a relação entre a equação do Controle Afetivo Interno e a Fórmula da Angústia e alguns dados da entrevista semidirigida, como mostram as Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Descrição do Controle Afetivo Interno dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP e e alguns dados da entrevista semidirigida.

Equação do Controle Afetivo Interno	Sim	Não	p*
Pai alcoologista			0,767
média ± DP	-0,31 ± 3,3	-0,33 ± 1,72	
mediana (mín.; máx.)	0 (-8; 4)	-0,5 (-4; 3)	
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,681
média ± DP	0 ± 1,8	-0,59 ± 2,92	
mediana (mín.; máx.)	0 (-2; 3)	0 (-8; 4)	
Mãe autoritária e controladora			0,668
média ± DP	-0,29 ± 1,95	-0,4 ± 3,41	
mediana (mín.; máx.)	-1 (-4; 4)	0 (-8; 4)	
Sofreu abuso sexual			0,519
média ± DP	-0,5 ± 2,01	-0,24 ± 2,68	
mediana (mín.; máx.)	-0,5 (-3; 4)	0 (-8; 4)	
Relação parental conflituosa			0,242
média ± DP	0,22 ± 1,99	-1,08 ± 2,9	
mediana (mín.; máx.)	0 (-3; 4)	-1 (-8; 4)	
Separação dos pais na infância			0,005
média ± DP	2 ± 2,24	-1 ± 2,11	
mediana (mín.; máx.)	3 (-2; 4)	-1 (-8; 2)	

*Teste Mann-Whitney

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Tabela 3 – Associação dos dados da Fórmula da Angústia com alguns da entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP

Fórmula da Angústia	Sim	Não	p*
Mãe autoritária e controladora			0,564
média ± DP	16,9 ± 11,5	19,9 ± 16,6	
mediana (mín.; máx.)	15,8 (0; 43,8)	19,1 (0; 53,8)	
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,392
média ± DP	20,1 ± 15,6	16 ± 10,9	
mediana (mín.; máx.)	22,5 (0; 53,8)	15,8 (0; 43,8)	
Relação parental conflituosa			0,355
média ± DP	16 ± 13,5	20,5 ± 12,8	
mediana (mín.; máx.)	11 (0; 43,8)	20 (4,8; 53,8)	
Separação dos pais na infância			0,058
média ± DP	9,6 ± 9,6	20,3 ± 13,3	
mediana (mín.; máx.)	7 (0; 23,8)	19,2 (0; 53,8)	
Sofreu abuso sexual			0,056
média ± DP	24,4 ± 14,9	14,8 ± 11,4	
mediana (mín.; máx.)	24,4 (0; 53,8)	11,4 (0; 43,8)	
Pai alcoologista			0,051
média ± DP	12,5 ± 11,2	21,8 ± 13,4	
mediana (mín.; máx.)	9 (0; 32,3)	20,6 (4,2; 53,8)	

*Teste t-Student

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Tabela 4 – Resultado do modelo de regressão linear múltipla para explicar conjuntamente a Fórmula da Angústia pelas características da entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.

Fatores	Coefficiente	Erro Padrão	Valor t	P*
Separação dos pais na infância	-5,58	5,72	-0,98	0,337
Pai alcoologista	-8,14	4,87	-1,67	0,106
Sofreu abuso sexual	10,37	4,52	2,30	0,030
Constante	19,20	3,04	6,31	0,001

*Regressão linear múltipla (*Full model*)

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Tabela 5 – Associação dos dados do Funcionamento Lógico com alguns da entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.

Funcionamento Lógico	Sim	Não	p*
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,870
média ± DP	31,3 ± 20	30,2 ± 16,9	
mediana (mín.; máx.)	25 (0; 75)	27,3 (4,3; 60,6)	
Pai alcoologista			0,610
média ± DP	28,7 ± 18,7	32,2 ± 18	
mediana (mín.; máx.)	25 (0; 60,6)	25,9 (4,3; 75)	
Separação dos pais na infância			0,591
média ± DP	27,4 ± 15,1	31,7 ± 19	
mediana (mín.; máx.)	21,1 (9,5; 52)	25,9 (0; 75)	
Relação parental conflituosa			0,532
média ± DP	32,5 ± 18,6	28,3 ± 17,7	
mediana (mín.; máx.)	25 (0; 75)	26,7 (4,3; 60,6)	
Mãe autoritária e controladora			0,363
média ± DP	28,6 ± 18,3	35,1 ± 17,7	
mediana (mín.; máx.)	25 (0; 75)	29,7 (13; 60,6)	
Sofreu abuso sexual			0,001
média ± DP	44,9 ± 16,9	24 ± 14,6	
mediana (mín.; máx.)	45 (18,2; 75)	21,1 (0; 60)	

*Teste t-Student

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Tabela 6 – Associação da dificuldade de adequada coordenação das vivências emocionais e relato de abuso sexual na entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP

Abuso Sexual	Sim	Não	Total	P
Sim	9 (90)	1 (10)	10,00	0,055
Não	11 (52,4)	10 (47,6)	21,00	
Total	20 (64,5)	11 (35,5)	31,00	

Teste exato de Fisher

Elaborada pelo autor com base no Teste Fisher

Tabela 7. Associação do Índice de Conformismo com alguns dados da entrevista semidirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.

Índice de Conformismo	Sim	Não	p*
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,892
média ± DP	19,2 ± 10,7	18,8 ± 7,5	
mediana (mín.; máx.)	18,5 (0; 44)	19 (7; 32)	
Mãe autoritária e controladora			0,877
média ± DP	19,1 ± 9,4	18,6 ± 8,4	
mediana (mín.; máx.)	19 (0; 44)	19 (8; 32)	
Sofreu abuso sexual			0,338
média ± DP	16,7 ± 9,4	20,1 ± 8,7	
mediana (mín.; máx.)	17 (0; 29)	19 (7; 44)	

*Teste t-Student

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Tabela 8. Associação entre Estereotipia do Pensamento e dados da entrevista semi-dirigida dos 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório do HCFMUSP.

Estereotipia do Pensamento	Sim	Não	p*
Sofreu agressões físicas ou psicológicas dos familiares			0,890
média ± DP	51 ± 19,7	51,8 ± 15,7	
mediana (mín.; máx.)	47,5 (23,1; 87,5)	53,3 (26,3; 85,7)	
Mãe autoritária e controladora			0,882
média ± DP	51,8 ± 17,6	50,8 ± 17,5	
mediana (mín.; máx.)	45,5 (25,7; 87,5)	52,8 (23,1; 85,7)	
Sofreu abuso sexual			0,666
média ± DP	53,4 ± 18,1	50,5 ± 17,3	
mediana (mín.; máx.)	52,9 (23,1; 85,7)	50 (25,7; 87,5)	

*Teste t-Student

Elaborada pelo autor com base no Teste Mann-Whitney

Dos 10 pacientes que sofreram abuso sexual, a dificuldade no controle racional das vivências de ansiedade esteve presente na maior parte (80%) desses indivíduos. A maior parte destes mesmos pacientes (80%), também apresentou um nível de angústia acima da norma esperada.

Observou-se também que dos 17 pacientes que demonstraram baixa capacidade do controle racional sobre as emoções, 13 (76,5%) conviveram com mães autoritárias e controladoras.

Resultado semelhante foi observado nos 14 pacientes que apresentaram o índice de maturidade afetiva abaixo do esperado, dos quais 11 (78,5%) conviveram com mães autoritárias e controladoras. De modo semelhante, dos 15 indivíduos que demonstraram ter dificuldade no controle da ansiedade, 11 (73%) viveram com mães autoritárias e controladoras.

5 DISCUSSÃO

5.1 Considerações iniciais

Os estudos mais recentes sobre aspectos psicológicos com doença de Crohn visaram os sintomas depressivos, estresse, ansiedade, oscilação de humor e qualidade de vida e modos de enfrentamento da doença de Crohn^{15, 16, 32, 33, 34}. Essas pesquisas avaliaram o efeito das manifestações da DC no funcionamento psicológico. Há uma pesquisa, realizada por Pinto²⁵ em 2001 que utilizou um método semelhante ao aqui empregado, o qual estudou a personalidade e os fatores psíquicos de 20 pacientes com Doença de Crohn e 20 com Retocolite Ulcerativa, empregando o Psicodiagnóstico de Rorschach. Esse estudo foi feito há 21 anos, mas sob a perspectiva de mudanças sociais e das novas opções terapêuticas para a DC, poderia estar desatualizado. Não há outros estudos abrangentes, cabendo a este esclarecer se há perfil de personalidade atribuível à doença de Crohn.

Existem algumas críticas ao psicodiagnóstico de Rorschach, apesar de ser um instrumento reconhecido internacionalmente. Nos anos 1970, houve muitas críticas da corrente psicométrica sobre sua validação e liberdade de interpretação do aplicador. Lilienfeld et al.³⁵ apontam que a aplicação do teste não permite identificar a maior parte dos transtornos mentais, tais como definidos nos sistemas de classificação (CID10 e DSM-IV), pois não detecta de forma consistente alguns transtornos. Outra discussão ligada ao método diz respeito à divulgação das imagens das pranchas, por exemplo na internet, mas também de toda e qualquer informação ligada à forma de realização e interpretação do teste. Para muitos psicólogos, o conhecimento dessas informações por parte da pessoa em teste fere a confiabilidade do método. Apesar dessas críticas, acredita-se que a aplicação por clínicos experientes revelaria as camadas profundas da personalidade. Assim, prevaleceria o foco levantado por Rorschach³⁶, que é o de estudar não “o que o indivíduo experimenta”, “mas como ele experimenta”.

A entrevista semidirigida apresenta também suas limitações. O local da aplicação, uma sala de ambulatório muito movimentada, não era o mais adequado, pois os ruídos podem ter interferido em algumas respostas. Esse modelo de entrevista, por incluir perguntas abertas, pode ter influenciado de maneira indireta algumas respostas. O paciente precisa sentir confiança no entrevistador, pois é muito difícil falar sobre questões pessoais e que geraram sofrimento, principalmente em um único encontro. Afinal, são temas que geram incômodo e

angústia. A habilidade e experiência do entrevistador contam para que os pacientes respondam a todas as perguntas, mesmo as mais abertas, contribuindo, assim, para a qualidade da entrevista.

Das limitações do estudo, cabe destacar sobretudo a dificuldade de aceitação dos pacientes para a participação da pesquisa, o que impactou no tamanho da amostra. Isso ocorreu não apenas pelo período, entre duas e três horas, que o paciente precisaria permanecer no hospital, mas principalmente devido à preocupação e o medo de ir presencialmente até o HCFMUSP devido ao risco de contaminar-se com o vírus Sars-CoV-2 (Covid-19), que afetou o mundo todo em razão da rápida contaminação e morte de centenas de milhares de pessoas. Muitos dados obtidos, no entanto, apresentam valores expressivos, o que indica a qualidade deles.

5.2. Psicodiagnóstico do Rorschach

Os indicadores de precisão desse método projetivo pautam-se na escola francesa. Embora o estudo de Pasian²⁸, que validou o instrumento para ser empregado no Brasil, já tenha 20 anos, a tese de doutorado de Freitas³⁷, que reavaliou 22% da amostra original de Pasian, demonstrou que o Psicodiagnóstico de Rorschach continua válido, pois ocorreram poucas diferenças estatisticamente significativas.

Os métodos projetivos permitem ao psicólogo acessar aspectos inconscientes da personalidade do indivíduo. Durante a aplicação, o indivíduo é induzido a revelar seu mundo interno, pois o estímulo ambíguo das imagens apresentadas durante o psicodiagnóstico de Rorschach desencadeia e mobiliza recursos defensivos (defesas psíquicas) quando expressa o que vê nas pranchas as manchas de tinta preta e coloridas abstratas e de textura variável. Os estímulos apresentados provocam resposta que reflete a existência de uma determinação psíquica despertada por motivações inconscientes, que é a base das ações e dos pensamentos dos indivíduos. Por não ter consciência da origem do que está expressando e pela inteligente criação das imagens pelo autor do teste, a pessoa revela aspectos fundamentais interpretáveis do seu funcionamento psíquico, da sua forma de vivenciar o mundo interno e externo, ou seja, a sua estrutura de personalidade.

Por meio deste método, com base nos critérios de análise dos resultados e dos índices relativos à produtividade, aos mecanismos intelectuais e aos mecanismos afetivos, foi possível realizar uma síntese da amostra dos 31 participantes, possibilitando assim conhecer as

características da personalidade dos indivíduos desta pesquisa. Para chegar ao resultado, as respostas produzidas pelos indivíduos foram transformadas em códigos, os quais foram organizados em psicogramas. Em seguida, os psicogramas foram agrupados, tomando-se a amostra como um todo e comparando-se aos índices obtidos com os esperados pelos padrões normativos da população brasileira²⁸. A seguir, serão discutidos os índices de produtividade, mecanismos intelectuais e os mecanismos afetivos de forma separada, assim como cada uma de suas características.

A análise dos dados relativos à produtividade (Gráfico 1), isto é, a capacidade de adaptação à tarefa proposta, demonstrou que os indivíduos avaliados apresentaram adequado número médio de respostas ($R = 18,8$), o que indica boa capacidade produtiva. O mesmo aconteceu com o tempo de latência médio ($TL = 18,8$ segundos). O número de recusas e denegações ocorreram com baixa frequência, ao passo que o número de respostas adicionais foi maior do que o esperado, o que sugere adequado envolvimento dos participantes com a atividade proposta.

Os mecanismos intelectuais que abrangem a capacidade e o funcionamento intelectual de um indivíduo e em que medida esse funcionamento está abaixo do seu potencial ou quanto está sofrendo a interferência de fatores emocionais são analisados com base nas variáveis relativas ao Modo de Apreensão, ao Funcionamento Lógico, as Estereotípias, o Índice de Conformismo e à Diversidade de Conteúdos.

Os dados de apreensão (Gráfico 2) são avaliados em conjunto. Observa-se que quase todos os indivíduos (83%) apresentam valores fora do esperado, demonstrando assim que, neste quesito, a percepção da realidade desses pacientes está comprometida. O Tipo de Apreensão representa a forma com a qual a pessoa se dispõe para reagir às situações cotidianas. Também é essencial na regulação e na adaptação das próprias necessidades psíquicas às exigências do mundo externo e interno do indivíduo. Na distribuição do conjunto das respostas obtidas, mais de 80% dos participantes apresentaram dificuldade na adaptação à realidade e pouca atenção ao óbvio e concreto, provavelmente pela excessiva atenção aos detalhes. Pode-se observar que essa excessiva atenção aos detalhes nas respostas que revelam tendências perfeccionistas e meticulosidade, assim como caráter obsessivo, uma vez que a maior parte da amostra (74%) apresentou valor acima do esperado. Isto é, são pessoas que se apegam aos detalhes da vida, o que pode ser uma defesa contra a insegurança, ao sentimento de medo de viver intensamente as situações e de se envolver intimamente com elas, incluindo-se suas relações afetivas. A insegurança pode ser confirmada nas respostas relativas ao desejo de luta e resistência ativa, a qual esteve ausente em 93% da amostra, demonstrando assim que

esses pacientes não têm recursos internos para lidar com situações que cause angústia ou sofrimento.

Uma das características que esteve presente em um terço (32%) desses pacientes, observadas na análise das respostas do detalhe oligofrênico, foi a dificuldade de identificar e expressar as emoções, característica, segundo alguns autores, denominada de alexitimia. Segundo Zimmerman²⁶, a palavra alexitimia “alude à dificuldade de os pacientes somatizadores conseguirem ‘ler’ as suas emoções e, por isso, eles se expressam [manifestam] pelo corpo”. No entanto, Rodrigues et al.³⁸, em análise sistemática da literatura, revelaram a existência de pacientes com doenças orgânicas capazes de falar sobre seus próprios sentimentos e nomeá-los, conseguindo, assim, expressar seu sofrimento. Esses autores sinalizam então que o uso indevido e constante do mecanismo da alexitimia, muitas vezes, pode ser a busca por um porto seguro como tentativa de livrar-se das angústias. Nesta mesma direção, este autor observou que os portadores de doença de Crohn do presente estudo falam sobre seus sentimentos e emoções na entrevista semidirigida, não se caracterizando alexitimia. Além disso, esses pacientes afirmam não entrar em contato com suas questões internas que geram angústia, por receio de provocar as manifestações físicas.

Outra característica presente nesses pacientes pode ser observada nas respostas que avaliam o grau de controle racional que o indivíduo possui sobre sua vida instintiva, suas emoções e impulsos (Gráfico 3). Da amostra, mais da metade (55%) dos participantes demonstrou ter controle insuficiente dos afetos e dificuldade de lidar com suas emoções, predominando assim os impulsos. Característica também encontrada no estudo de Pinto²⁴. Segundo Traubenberg³⁹, essas respostas caracterizam o esforço de organização racional para a adaptação ao real. São pessoas que, por ter um controle inadequado dos afetos, têm dificuldade de manter relações interpessoais. Assim, pode-se afirmar que os pacientes desta amostra não apresentam quadro depressivo, pois qualquer inibição ou depressão refletiria em aumento das respostas do controle racional verificadas neste teste.

Resultado semelhante foi encontrado nas respostas que representam o nível de pensamento lógico, precisão perceptiva e elaboração da realidade (Gráfico 4). Mais da metade (58%) da amostra apresentou dificuldade de controle do pensamento, assim como dificuldade de observação da realidade e concentração. Traubenberg³⁹ ainda afirma que estes tipos de respostas podem se alterar em função do estado afetivo. Sendo assim, pode-se dizer que pessoas com essas características têm dificuldade de planejar e de controlar seu comportamento em função das percepções, das experiências vividas.

No que se refere ao Grau de Estereotipia do Pensamento (Gráfico 5), quase 2/3 (64%) da amostra o apresentou elevado, o que demonstra sujeitos pouco flexíveis, indicando, assim, que as funções do pensamento estão submetidas a controle rígido e à dificuldade de adaptação. Corresponde também à atitude defensiva do sujeito que procura camuflar seus interesses profundos, seus desejos. A capacidade de adaptação social (Gráfico 6) revela a capacidade do sujeito de ver o mundo da mesma maneira que a maioria das pessoas. Quase metade dos participantes (42%) demonstrou ter essa dificuldade, assim como a dificuldade de se adaptar ao meio no qual está inserido, apontando assim existência de recursos adaptativos abaixo do esperado. Está característica apresentou-se mais elevada também no grupo de portadores de Crohn no estudo de Pinto²⁴.

No prisma dos mecanismos intelectuais, essa amostra apresenta-se com a percepção da realidade comprometida, que não consegue enxergar a realidade da forma como é esperada para a população geral. Devido à limitação de perceber e adaptar-se à realidade, apresenta dificuldades para reagir ao real das situações cotidianas, influenciando, assim, no controle do seu comportamento. Além disso, a dificuldade de lidar com as emoções leva a agir impulsivamente. Essa dinâmica psíquica faz com que esses indivíduos vivam constantemente o conflito entre seu mundo interno e o externo.

Os mecanismos afetivos são o outro grande grupo do Psicodiagnóstico de Rorschach, que incluem o Controle Afetivo, Índice de Introversidade e Imaginação Criadora, a Capacidade de Identificação e Contato Humano, a proporção entre conteúdos humanos ou animais inteiros ou parciais e as Fórmulas Vivenciais.

O Controle Afetivo Externo é analisado por meio das respostas da Estabilidade Emocional, da Maturidade Afetiva e do Controle da ansiedade e da angústia. A Estabilidade Emocional em quase metade (42%) da amostra apresentou bom potencial de dinamismo interno, porém não plenamente desenvolvido, marcando alguma dificuldade para a adequada coordenação das vivências emocionais²⁸. Apresentam dificuldade para lidar com os próprios impulsos, para adiar as gratificações e para lidar com situações de estresse e assegurar estabilidade interna. Um terço (29%) dessas pessoas apresentaram imaturidade afetiva em que prevalecem as emoções mais instintivas. A dificuldade no Controle Afetivo Externo que está associada à impulsividade dirigida ao ambiente, quase metade dos participantes (45%) apresentou controles emocionais frágeis. Mais uma característica encontrada em Pinto²⁴. Há nestas pessoas dificuldade de manifestação apropriada de sentimentos, afetos e emoções frente a situações que envolvem relacionamento interpessoal. Devido à dificuldade de vivenciar as

emoções, segundo Traubenberg³⁹, pode-se inferir a facilitação para somatizar os distúrbios psíquicos para obter algum equilíbrio interno.

O controle da ansiedade que é medida por meio da relação entre o Controle Afetivo Interno e da Fórmula da Angústia resultou que 15 pacientes (48%) apresentaram dificuldade de conter suas vivências internas de ansiedade. Outra característica encontrada na amostra de Pinto²⁴. Quando o controle da ansiedade demonstra ser ineficaz, pode haver momentos em que as vivências internas se manifestem de forma mais intensa. Diante de frustrações afetivas, portanto, por mais que tentem utilizar a intelectualização para superá-las, encontram dificuldades e não conseguem obter controle adequado, provocando, então, falta de segurança e de confiança em si mesmo. Em razão disto, essas pessoas são dominadas pela angústia (Gráfico 8), verificado neste estudo em mais da metade dos pacientes, alto nível de angústia. Acima do esperado pela norma, desses pacientes, 20% apresentou nível de angústia ainda mais elevado. Pinto²⁴ observou esta mesma elevação da angústia nos pacientes do seu estudo.

As dificuldades encontradas nesses indivíduos podem estar associadas também à imaturidade psíquica e à limitação da capacidade criativa, encontrada em um terço dos pacientes (p. 17 § 2). O índice de introversidade e imaginação criadora, indicativo de estabilização anterior, de controle das emoções e impulsos resultantes do amadurecimento psíquico, esteve abaixo da norma. Assim, são indivíduos que, caso vivenciem emoções intensas, terão dificuldade de controlá-las. Além disso, 19% da amostra apresentou dificuldades relevantes da capacidade de elaboração interna dos estímulos externos e das vivências emocionais (p. 17 § 3). No entanto, a capacidade de identificação e contato humano (Gráfico 9), considerada um indicador de capacidade de estabelecer contato profundo nas relações afetivas, esteve presente na maioria dos pacientes (71%), demonstrando assim sinal de interesse pelos outros, assim como capacidade de estabelecer contato na vida de relação. Esteve presente também na maioria (81%) desses pacientes, a capacidade de identificação e abertura ou interesse pelo contato humano. Por outro lado, se esses indivíduos se interessarem estabelecer contato em relações afetivas, sua dificuldade de controlar suas emoções (p. 17 § 4), assim como dificuldade de ter controle adequado diante de frustrações afetivas, faz com que sintam insegurança, causando-lhes paradoxalmente ansiedade.

Nestes pacientes há direcionamento afetivo com predomínio para os acontecimentos exteriores (Gráfico 7), pois a maioria da amostra sinalizou tendência global para manifestar sua afetividade de forma mais direta no ambiente. Logo, por vivenciar a realidade de forma extratensiva, tem sua capacidade de relacionamento humano mais uma vez prejudicada, predominando o retraimento e a inibição nos contatos interpessoais. Características

semelhantes foram encontradas no estudo de Pinto²⁴. Quase metade (42%) da amostra apresentou conflito psíquico, confirmando assim a dificuldade desses indivíduos de controlar suas reações afetivas, além de 26% dos participantes demonstrarem ser menos impulsivo do que realmente são.

Em síntese, esses pacientes, apesar de estarem abertos a buscar vínculos afetivos, têm dificuldades de manifestar e controlar de forma apropriada seus sentimentos, afetos e emoções, principalmente diante de frustrações. Por isso, suas relações interpessoais e afetivas são prejudicadas, pois em alguns momentos as vivências internas se manifestam de forma mais intensa, levando-os a agir impulsivamente. Em consequência, sua confiança em si mesmo é prejudicada, o que os leva ao sentimento de insegurança, acentuando ainda mais sua dificuldade de expressar seus sentimentos e emoções. Resumindo, são pessoas que não apresentam recursos internos para lidar com situações que causem grande estresse e sofrimento, principalmente em momento de perda.

5.2.1 Entrevista

No presente estudo, foi utilizada, além do Método do Rorschach, a entrevista semidirigida, a qual foi elaborada para complementar os dados relativos aos participantes que não seriam alcançados pelo Rorschach, isto é, dados demográficos e eventos significativos da história de vida dos pacientes. A entrevista foi realizada por psicólogo (este autor) com experiência na prática clínica, o qual levou em conta, além dos dados da doença, familiares, eventos relevantes, sentimentos e emoções, além da relação do indivíduo com a doença. A primeira parte da entrevista foi a coleta dos dados demográficos, boa parte coincidente com o que vem sendo relatado pela literatura. A média da idade dos participantes foi de 39,3 anos (24 a 60 anos) e a média de idade ao diagnóstico foi de 27,7 anos, a maioria entre 20 e 35 anos. Essas médias correspondem ao descrito em outros estudos, sendo assim os adultos jovens os mais acometidos pela DC^{1, 40, 41}.

A característica de sexo mais acometido no passado de acordo com Lapidus et al.⁴² e Fonager et al.⁴³ apresentava tendência a maior incidência feminina. Mudanças, no entanto, vêm ocorrendo de forma uniforme. Nas áreas de alta incidência, a DC ocorre mais frequente em mulheres^{44, 45, 46, 47}, ao passo que, em áreas de baixa incidência, tem ocorrido com mais frequência no sexo masculino^{41, 48}. Já um estudo realizado na Dinamarca por Lophaven et al.⁴⁹ com pacientes com diagnóstico de DC entre 1980 e 2013 demonstrou que o aumento da

incidência de DC foi independente do sexo. Observou-se também que a DC no Brasil está atingindo cada vez mais os homens, tornando-se quase equivalente entre os sexos. Esse fato foi observado por Gasparini⁵ em estudo realizado em 2018 com 22.638 pacientes no estado de São Paulo.

A amostra da presente pesquisa (31 pacientes) mostrou-se representativa do grupo dos 1.667 pacientes portadores da doença de Crohn que foram atendidos no Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP. Destes, 696 (41,7%) são do sexo masculino e 972 (58,3%) do sexo feminino, porcentagem correspondente ao da presente pesquisa, visto que 18 (58,1%) da amostra é do sexo feminino. Com relação ao nível de escolaridade, verifica-se que a maior parte dessa amostra (71%) completou o ensino médio. No Brasil, de acordo com o IBGE⁵⁰, metade (48%) das pessoas de 25 anos ou mais completaram o ensino médio em 2019. Pode-se concluir que os indivíduos deste estudo são pessoas mais instruídas, quando comparados à população geral.

Outro objetivo da entrevista foi coletar dados de fatos significativos da vida dessas pessoas. O ambiente familiar com estímulos agressores foi a característica mais presente, levando em conta que a maior parte (68%) dos pacientes conviveram em ambiente familiar com três ou mais estímulos agressores: pai alcoolista, relação parental conflituosa, mãe autoritária e controladora, violência sexual, psicológica ou física e vivência de extrema pobreza na infância. Isto nos demonstra o que se repete na história da vida destes pacientes: o mal-estar das vivências traumáticas precoces e de desamparo. Outros dados encontrados na entrevista foi o histórico da presença de doenças antes da doença de Crohn nos pacientes e de doença crônica e DII na família, além de relatos de acontecimentos de eventos estressantes e significativos de sofrimento antes dos primeiros sintomas da Doença de Crohn e de melhor estado emocional após o diagnóstico da doença. O relato de violência intrafamiliar foi muito presente na vida desses pacientes. Quase metade (41%) dos participantes conviveu com pais alcoolistas. Segundo Filizola et al.⁵¹ e Souza et al.⁵², os filhos de pais alcoolistas apresentam alto risco de desenvolver problemas emocionais e comportamentais se comparado aos filhos de pais não alcoolistas. Desses estímulos agressores encontrados no ambiente familiar, a relação parental conflituosa (agressões verbais ou físicas) esteve presente em 60% dos casos, em quase metade (45,2%) as agressões físicas ou psicológicas repetidas e em um terço houve convivência com a figura paterna, que os agredia física ou psicologicamente. Em revisão sistemática com artigos examinados entre 2005 e 2015, Coronel e Silva⁵³ concluíram que há evidências da relação entre violência doméstica e constipação intestinal. Segundo Egry et al.⁵⁴,

os efeitos a longo prazo podem ser observados por meio de distúrbios psicossomáticos, distúrbios do sono e gastrointestinais crônicos. Em vista dos dados obtidos sobre a violência intrafamiliar, apesar de não terem sido encontrados na literatura estudos sobre a relação entre violência intrafamiliar e portadores da doença de Crohn, pode-se inferir que seja um fator associado à doença de Crohn.

O abuso sexual esteve presente em mais de 30% da amostra (80% do sexo feminino e 20% do sexo masculino), contrastando importantemente com os 6% apurados pelo IBGE para a população brasileira em 2019⁵⁵. Ainda assim, este dado pode estar subestimado, pois há inibição para relatar o abuso sexual em uma primeira entrevista. Neste estudo, os pacientes relataram ser a primeira vez que estavam revelando a alguém. A experiência de abuso sexual na infância pode acarretar uma gama de problemas no âmbito da saúde física e mental a longo prazo^{56, 57}. Afifi et al.⁵⁸ realizaram um estudo no Canadá em 2016, que avaliou a autopercepção em relação à saúde de 23.395 pessoas. Os autores da pesquisa associaram o abuso sexual na infância ao aumento da probabilidade de desenvolvimento de artrite, hipertensão arterial, bronquite crônica, câncer, acidente vascular cerebral e doença intestinal. Em estudo de revisão sistemática com o objetivo de observar as sequelas do abuso sexual nas funções sexuais, anorretais e do trato urinário inferior, Cour et al.⁵⁹ identificaram que o abuso sexual na infância aumenta o risco de uma série de condições médicas e doenças às vezes rotuladas de doença pós-traumática. Na literatura, não foram encontrados estudos associando a doença de Crohn com abuso sexual. No presente estudo, os dados indicam a necessidade de verificação se o abuso sexual se associaria à Doença de Crohn.

Destaca-se também que as mães autoritárias e controladoras estão presentes na família da maioria dos pacientes (67,7%). Segundo alguns participantes, mesmo na idade adulta, suas mães continuam tentando controlá-los. Esse assunto já foi amplamente pesquisado em outras áreas do conhecimento. Um estudo longitudinal realizado em 2018 por Perry et al.⁶⁰ no departamento de psicologia da Universidade de Minnesota, nos EUA, acompanhou 442 crianças que, aos dois anos, participaram de sessões de brincadeiras com suas mães em um ambiente controlado e repleto de brinquedos. Objetivaram avaliar até que ponto a mãe tentaria assumir a tarefa ou deixaria que o filho tivesse a iniciativa de descobrir sozinho. Mais tarde, quando as crianças tinham entre 5 e 10 anos, seus professores avaliaram a ocorrência de depressão, ansiedade ou solidão. Com essas observações, os pesquisadores identificaram que os filhos de mães mais controladoras apresentaram menor domínio sobre as próprias emoções e impulsos aos 5 anos. E, aos 10 anos, o quadro ficou ainda mais grave, observando-se piora nas habilidades sociais e no desempenho acadêmico. Segundo Zimmermann¹³, o amor que a

mãe proporciona à criança pode ser objetal ou narcísico. No amor objetal, a mãe ajuda o filho a crescer até que ela tenha condições de emancipá-lo, ao passo que, no amor narcísico, ela tem o filho como sua posse, dentro do seu “projeto” inconsciente assemelhando a uma gestação eterna, doutrinando o filho ao seu desejo de como ele deve ser, sentir, agir e amar. A clara caracterização de mãe narcísica exige mais que o possível na entrevista semidirigida, assim, neste estudo, preferiu-se qualificar a mãe provavelmente narcísica como autoritária e controladora. Essa relação de controle faz com que esses indivíduos fiquem de uma certa forma dependentes da mãe. Encontram-se, por exemplo, nos 13 pacientes solteiros, 13 (92%) que ainda vivem com a mãe.

Tais observações demonstram as consequências da relação com a mãe autoritária e controladora na personalidade de uma pessoa. Afinal, assim como no estudo explicitado linhas atrás, os participantes desta presente pesquisa apresentaram dificuldade no controle das emoções e dos impulsos, assim como dificuldade nas relações afetivas. É possível dizer que a vivência com mães autoritárias e controladoras influenciou a vida desses pacientes, de modo a se tornarem pessoas mais inseguras e frágeis, a ponto de terem dificuldades para lidar com situações difíceis da vida, pois não conseguem assimilar os acontecimentos internos e externos, vivenciando, com isso, conflitos psíquicos.

A separação dos pais na infância foi vivenciada por 22,6% dos participantes. Abreu et al.⁶¹ demonstraram que o divórcio dos pais lhes acarreta consequências não apenas para o casal, mas também para os filhos, tais como agressividade, tristeza, medo de abandono e culpa, tendência a reprimir sentimentos e situações com muito estímulo afetivo, passividade, inibição e sentimentos de inferioridade. O histórico de pobreza na infância foi considerado pelos 48,4% dos participantes importante razão de sofrimento. A pobreza é indicada, segundo Silva⁶², como um dos fatores de risco associados a problemas de saúde mental. Embora não existam estudos associando os temas com a Doença de Crohn, é possível dizer que esses fatores podem ter influenciado na personalidade desses indivíduos.

A maioria dos participantes (80,6%) relatou ter vivenciado questões estressantes e de sofrimento emocional antes dos primeiros sintomas da Doença de Crohn no intervalo entre dias a dois anos. Todos esses pacientes associaram o início da doença com acontecimentos significativos de sofrimento. Um deles é relatado da seguinte forma, a saber: *“A traição dele começou quando minha irmã adoeceu do câncer. Veio essas duas pancadas. Como eu não colocava a dor para fora, ela vinha para dentro. Foi quando eu desabei de doente. A primeira crise grande veio logo quando descobri a doença. Foi na sequência da separação dos meus pais e da falência. Quase um mês depois, começaram os primeiros sintomas”*. Oswari et al.¹⁷

observou que há associação entre os eventos de vida estressantes (divórcio ou separação dos pais, alcoolismo do pai e morte de familiar próximo) com distúrbios funcionais de dor abdominal: síndrome do intestino irritável, dispepsia funcional, dor abdominal funcional e “enxaqueca” abdominal. Sendo assim, pode existir relação entre acontecimentos de grande sofrimento emocional e os primeiros sintomas da DC, fato que merece investigação.

O histórico de doenças esteve presente antes da DC em metade (48,4%) da amostra. Os sintomas dessas doenças, no entanto, desapareceram ou diminuíram após os primeiros sintomas da doença de Crohn, conforme exemplos de relato dos pacientes: *“Logo após a asma foi que apareceu os primeiros sintomas da doença de Crohn e Tinha bronquite asmática. Mas, depois que apareceram os sintomas do Crohn, a bronquite sumiu e eu não tive mais nada”*. Segundo Melo Filho⁶³, existe um fenômeno muito conhecido em patologia humana, representado pelo suceder abrupto de situações psíquicas e somáticas, uma substituindo completamente a outra, constituindo a condição que passou a ser chamada de “alternância psicossomática”. Essa alternância é explicada pela gênese comum das exteriorizações, com base nos mesmos conflitos, manifestando-se ora num ou noutro terreno, conforme as configurações psicológicas internas, em interações com condições outras, do próprio indivíduo ou do meio ambiente. A alternância representa na realidade não uma substituição total de um processo por outro. Na realidade, é uma predominância súbita de um processo sobre o outro. Não foram encontrados estudos com essa relação. Na presente pesquisa, no entanto, foi observado que o aparecimento da Doença de Crohn poderia ter substituído uma doença anterior.

O histórico de doença crônica na família ficou próximo de 50% da amostra. Quanto ao histórico de DII, foi de 9,7%, contrastando sobre 6,14 / 100.000 observados na população geral, sendo dois casos de Retocolite Ulcerativa e um de Doença de Crohn, não somente explicáveis por essas questões familiares, mas podem ser explicadas pela genética. O progresso no campo da genética da DII ainda não explica claramente essa influência, pois a expressão genética é modulada por muitos outros fatores, conforme demonstra Cardozo e Sobrado¹. O histórico de uso de drogas ilícitas esteve presente em 6,5% dos familiares dos participantes da pesquisa, contrastando com 3,2% apurados pelo levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira realizado pela Fiocruz em 2017⁶⁴. Dessa forma, pode-se dizer que é uma característica pouco presente na família desses pacientes, em que pese muito mais que na população.

Outro fator importante são os relatos dos pacientes sobre seu estado emocional. Pesquisas apontam que a Doença de Crohn contribui para o quadro de depressão nesses

pacientes. Barberio et al.⁶⁵, por meio de revisão sistemática e meta-análise, reunindo estudos observacionais que recrutaram ao menos 100 pacientes adultos com DII, apontaram que existe uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em portadores de DII, encontrando um quarto com depressão. Em estudo realizado no Canadá em 2017, Byrne et al.⁶⁶ avaliaram pacientes de DII em um ambulatório de Gastroenterologia por meio de escalas breves de autorrelato, usadas para identificar ansiedade e depressão e concluiu que uma proporção significativa (30,3%) desses pacientes sofre de ansiedade ou depressão. No Brasil, uma pesquisa realizada em 2021 por Facanali et al.⁶⁷, que avaliou 283 pacientes com DC usando o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) com o objetivo de estimar a prevalência de depressão maior (DM) em pacientes com DC e avaliar sua relação com a atividade clínica e o fenótipo da doença, demonstrou que existe alta prevalência de DM entre os pacientes com DC. No entanto, embora essas pesquisas mencionem que a doença de Crohn contribui para o aparecimento da depressão, no presente estudo, mais da metade da amostra (52%) relatou que, após o diagnóstico da Doença de Crohn, começou a se sentir mais forte emocionalmente, contrariamente ao esperado. Diante dessa controvérsia, aponta-se uma promissora linha de estudos.

5.2.2 Relação dos resultados da entrevista semidirigida e do Psicodiagnóstico de Rorschach

Na presente pesquisa, buscou-se também relacionar os dados do método de Rorschach com alguns dados da entrevista semidirigida: relação conflituosa entre os cuidadores, pais alcoolistas, separação dos pais na infância, abuso sexual e mães autoritárias e controladoras. O objetivo foi verificar a influência desses dados do histórico de vida dos pacientes em sua personalidade. Com isso, foi possível demonstrar que essas características presentes na vida dos portadores de Crohn influenciaram na sua dinâmica psíquica, ou seja, na sua forma de se relacionar com o mundo e consigo mesmo.

Nos portadores de Crohn, a violência intrafamiliar é um dos fatores mais presentes no histórico de vida. Desses fatores, a relação conflituosa entre os cuidadores (brigas e discussões verbais ou físicas), o qual esteve presente em mais da metade da amostra (60%), foi uma das características que mais se associou, ainda que não estatisticamente significativa ($p = 0,097$) ao índice de maturidade afetiva ou controle afetivo externo, ou seja, na dificuldade de controle emocional e de manifestar de forma apropriada seus sentimentos e emoções.

A separação dos pais na infância, ainda que com baixa porcentagem (22,6%), apresentou relação estatisticamente significativa ($p=0,005$) com o controle da ansiedade do método do Rorschach, o que sugere não eficiência no controle racional das vivências de ansiedade e angústia, visto que foi a separação dos pais na infância, junto com a convivência com pais alcoolistas e o abuso sexual, que sugeriram associação com a fórmula da angústia ($p < 0,1$).

Os pacientes que sofreram algum tipo de violência sexual apresentaram valores estatisticamente bem significativos do Controle Racional das Emoções ($p=0,001$), que indicaria um controle insuficiente dos afetos, tendo como predominância os impulsos e as emoções. A maior parte desses pacientes apresenta também dificuldade de adequada coordenação das vivências emocionais, apresentando dificuldade para lidar com os próprios impulsos, de adiar as gratificações e de lidar com situações de estresse e assegurar a estabilidade interna, dado esse que quase se mostrou associado estatisticamente ($p=0,055$).

Foi observado também que a dificuldade no controle racional das vivências de ansiedade esteve presente na maior parte (80%) dos pacientes que sofreram algum tipo de violência sexual. O abuso sexual aumentou em média estatística a fórmula da angústia em 10,37 pontos ($p=0,030$), dado de relevância, pois a maior parte desses pacientes (80%) apresentou nível de angústia acima do esperado.

É possível afirmar que o abuso sexual teve no presente estudo grande influência na personalidade do indivíduo, na sua forma de se relacionar com os outros, de vivenciar seu mundo interno (emoções, sentimentos e afetos) e as exigências do mundo externo, na sua forma de enfrentar as circunstâncias da vida e suas frustrações afetivas, assim como dificuldade de controlar seus comportamentos.

Destaca-se como uma das características mais presentes nos portadores de Crohn, o ambiente familiar de mães autoritárias e controladoras (67,7%). Dos 17 pacientes que demonstraram ter baixa capacidade de controle racional sobre as emoções, 13 (76,5%) conviveram com mãe autoritária e controladora. Pode-se dizer, então, que a vivência com esse tipo de mãe influenciou na personalidade desses indivíduos, na sua imaturidade e na dificuldade de lidar com as emoções, assim como em sua dificuldade de conseguir manter relações interpessoais.

Essa influência na personalidade dos pacientes devido à convivência com mães autoritárias e controladoras, foi observada também no índice de maturidade afetiva ou controle afetivo externo, no qual 14 pacientes apresentaram valor abaixo do esperado pela norma. Destes 14 pacientes, 11 (78,5%) conviveram com mães com essas características, o que

provavelmente influenciou para que esses indivíduos tivessem dificuldade de se manifestar de forma apropriada seus sentimentos, afetos e emoções diante dos relacionamentos.

De modo semelhante, ocorreu com os 15 participantes que apresentaram dificuldade no controle da ansiedade ou controle afetivo interno, isto é, pessoas que são inseguras, que não sentem confiança em si mesmas. Diante de frustrações afetivas, são dominadas pela angústia por ter dificuldade de controlar as vivências de ansiedade. Desses 15 participantes, 11 (73%) conviveram com mães autoritárias e controladoras. Assim, mais uma vez fica mais evidente a influência desse tipo de mãe na personalidade dos pacientes deste estudo.

5.3 Fatores Psicológicos e Características Psicodinâmicas

Neste estudo bastante apoiado nas métricas proporcionadas pelo Psicodiagnóstico de Rorschach, foi observado um dado muito distante da norma: o Modo de Apreensão (Gráfico 2). Mais de 80% dos participantes têm a percepção da realidade comprometida, indicada por esse conjunto de dados, situados entre os Mecanismos Intelectuais. Os outros Mecanismos Intelectuais (Funcionamento Lógico, Estereotípias, Índice de Conformismo e Diversidade de Conteúdos) estão também muito fora da norma (entre 42% e 64%). Esse quadro é bastante surpreendente, pois indica incapacidade importante dessas pessoas de simbolizar ou elaborar a realidade externa para ser incorporada em seu meio psíquico interno.

Com tantas incapacidades, como a estrutura psíquica dessa pessoa poderia entender e lidar com as suas relações com o mundo real e com seu meio interno? Essas “habilidades” psíquicas, deve-se lembrar, são construídas nos primórdios da vida da pessoa, desde que nasce e de forma lenta e como elemento facilitador a mãe ou seu substituto. Não menos importantes são as interpretações sobre os dados dos Mecanismos Afetivos: redução do controle da Angústia e imaturidade, o Controle Afetivo apresenta-se com bom potencial, mas não bem desenvolvido. A maior capacidade de identificação e de contato humano guarda intenso conflito psíquico. Por essas características dos Mecanismos Afetivos há intensificação, mesmo com baixa qualidade para a “compreensão” dos afetos do meio externo e para a busca de relacionamentos interpessoais. Ao mesmo tempo, há baixo controle da Angústia.

Sendo as experiências primordiais da vida do indivíduo com a mãe determinantes no processo de formação da personalidade^{68, 69, 70, 71, 72}, outro dado importante encontrado foi a proporção de mães autoritárias e controladoras (67,7%). Mães com essas características colocam a criança no centro dos seus desejos, limitando o “desenvolvimento” do sujeito, da

sua individualidade. Esse tipo de mãe atua como um grande escudo que limita a capacidade da criança, futuro adulto, de simbolizar suas experiências. Seja por limitação do “aproveitamento” das vivências pela criança, seja por trazer a necessidade de atuar desde cedo sob a insegurança proporcionada pela comunicação exclusivista da mãe autoritária e controladora. Os desdobramentos ao longo da vida ficam condicionados a essa estruturação da psique da criança. As graves dificuldades e incapacidades apuradas nesta investigação da personalidade de pessoas com doença de Crohn poderiam ser alvo de trabalho psicoterapêutico. Assim estes conflitos psíquicos com seus desdobramentos emocionais, especialmente a angústia, e talvez também os “gatilhos” para as manifestações da doença, possam ser reorganizados. É uma tarefa nada fácil, mesmo para profissionais bem experientes.

Os dados obtidos nesse estudo realizado para conhecer a personalidade de adultos com Doença de Crohn levam a quadro composto por mecanismos psíquicos importantes e profundamente incapacitantes. Teria de se admitir a correlação entre doença e essa caracterização da Personalidade? Seria uma nova hipótese a ser investigada minuciosa e competentemente para produzir mais conhecimento e poder ampliar as capacidades dos saberes científicos em abrir novos horizontes com impacto positivo na vida dessas pessoas. À luz do conhecimento atual, a genética e o ambiente familiar ou social não ampliam a explicabilidade desses achados ainda percebíveis como paralelos.

6 CONCLUSÃO

Estudando 31 pacientes com doença de Crohn do Ambulatório de Doenças Inflamatórias Intestinais do Serviço de Cirurgia do Cólon e Reto do HCFMUSP da Disciplina de Coloproctologia do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP, empregando o Psicodiagnóstico de Rorschach e aplicada a Entrevista Semidirigida, conclui-se que:

A violência intrafamiliar por meio de três ou mais estímulos agressores, em especial a mãe autoritária e controladora e o abuso sexual, são fatores associados a doença de Crohn;

Eventos estressantes e significativos de sofrimento demonstraram ser gatilho para a manifestação dos primeiros sintomas;

Há nestes pacientes um quadro composto por mecanismos psíquicos importantes que estão profundamente incapacitados, levando-os a ter dificuldades para lidar com situações que causem grande estresse e sofrimento, principalmente em momentos de perdas. Apresentam, também, dificuldade para controlar a ansiedade e as emoções, o que gera alto nível de angústia.

7 REFERÊNCIAS³

- (1) Cardozo WS, Sobrado CW. Doença inflamatória intestinal. Barueri: Manole; 2012.
- (2) Kaplan, GG, Siew CNg. Understanding and Preventing the Global Increase of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2017 [citado 2023 feb. 15];152(2):313-321. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.10.020>.
- (3) Kotze PG, et al. Progression of Inflammatory Bowel Diseases Throughout Latin America and the Caribbean: A Systematic Review. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*. 2020;18(2): 304-312. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.06.030>.
- (4) Lima MA, Volpato RA, Zago-Gomes MDP. The prevalence and phenotype in Brazilian patients with inflammatory bowel disease. *BMC gastroenterology*. 2018;18(1),87. <https://doi.org/10.1186/s12876-018-0822-y>.
- (5) Gasparini RG. Incidência e Prevalência de Doenças Inflamatórias Intestinais no Estado de São Paulo – Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu; 2018.
- (6) Martins KR, et al. Epidemiologic aspects of inflammatory bowel disease in the western region of Minas Gerais state [Internet]. *Arq Gastroenterol*. 2021 July;58(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202100000-63>
- (7) Victoria CR, Sassak LY, Nunes HRC. Incidence and prevalence rates of inflammatory bowel diseases, in midwestern of São Paulo State, Brazil. *Arq. Gastroenterol*. 2009 Jan;46(1). <https://doi.org/10.1590/S0004-28032009000100009>
- (8) Fiochi C. Etiopatogênese da doença inflamatória intestinal. In: Cardozo WS, Sobrado CW. Doença inflamatória intestinal. Barueri: Manole; 2012. p. 17-48.
- (9) Gouveia EC, Ávila LA. Aspectos emocionais associados a disfunções gastroenterológicas. *Psicol Estud* [Internet]. 2010 Apr;15(2). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/hxxn85kwc4g3WRpX3QcMd8Q/>

³ De acordo com:

Adaptação de *Internacional Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2016.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

- (10) Freud S. Obras completas: estudos sobre a histeria (1893-1895) em coautoria com Josef Breuer. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2016.
- (11) Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
- (12) McDougall J. As múltiplas faces de Eros: uma exploração psicoanalítica da sexualidade humana. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
- (13) Zimerman DE. Fundamentos Psicanalíticos – Teoria, técnica, clínica - Uma abordagem didática. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- (14) Clemens V, et al. The Interplay between Child Maltreatment and Stressful Life Events during Adulthood and Cardiovascular Problems – A Representative Study. *J Clin Med*. 2021;10(17). doi: 10.3390/jcm10173937.
- (15) Silverberg JI, Silverberg NB. Vitiligo disease triggers: psychological stressors preceding the onset of disease. *Cutis*. 2015;95(5):255-262.
- (16) Kort S de, et al. Gastrointestinal symptoms in diabetes mellitus, and their relation to anxiety and depression. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012;96(2):248-255. doi: 10.1016/j.diabres.2012.01.021.
- (17) Oswari H, et al. Functional abdominal pain disorders in adolescents in Indonesia and their association with family related stress. *BMC pediatrics*. 2019;19(1):342. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1682-5>.
- (18) Bradford K, et al. Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10(4):385-390. doi: 10.1016/j.cgh.2011.12.018.
- (19) Park SH, et al. Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28(8):1252-1260. doi: 10.1111/nmo.12826.
- (20) Jordi SBU, et al. Depressive Symptoms Predict Clinical Recurrence of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2022 mar.;28(4):560-571. doi: 10.1093/ibd/izab136.
- (21) Reigada LC, et al. Patient-reported Anxiety: A Possible Predictor of Pediatric Inflammatory Bowel Disease Health Care Use. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(9):2127-2133. doi: 10.1097/mib.0000000000000864.
- (22) Tomazoni EI, Benvegno DM. Symptoms of anxiety and depression and quality of life of patients with Crohn's disease [Internet]. *Arq Gastroenterol*. 2018 Apr.;55(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201800000-26>.
- (23) Engel F, et al. Higher Levels of Psychological Burden and Alterations in Personality Functioning in Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. *Front Psychol*. 2021 Jun.;12/:671493. doi: 10.3389/fpsyg.2021.671493.

- (24) Pinto KO. Personalidade e qualidade de vida em portadores de doença inflamatória intestinal subsídios para avaliação do paciente crônico em coloproctologia [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2001.
- (25) Cohen RD. Terapia biológica na doença de Crohn. In: Cardozo, W. S.; Sobrado, C. W. Doença inflamatória intestinal. Barueri: Manole; 2012. p. 329-351.
- (26) Zimerman DE. Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise. Porto Alegre: Artmet, 2001.
- (27) Chabert C. Psicanálise e métodos projetivos. São Paulo: Vetor; 2004.
- (28) Pasian S. O Psicodiagnóstico de Rorschach em Adultos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
- (29) IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde [internet]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/24857-pnad-continua-2018-educacao-avanca-no-pais-mas-desigualdades-raciais-e-por-regiao-persistem>, 2019.
- (30) IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde [internet]. Violência atingiu 29,1 milhões de pessoas em 2019; mulheres, jovens e negros são as principais vítimas. IBGE. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/30658-violencia-atingiu-29-1-milhoes-de-pessoas-em-2019-mulheres-jovens-e-negros-sao-as-principais-vitimas>.
- (31) Kirkwood BR, Sterne JAC. Essential medical statistics. 2a ed. Blackwell Science: Massachusetts, EUA; 2006.
- (32) Pelá ECB. Estresse e modos de enfrentamento em portadores de doenças inflamatórias intestinais [tese na internet]. Ribeirão Preto (Brasil): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007 [citado 2023 fev. 15] Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-25082009-114951/?&lang=pt-br>.
- (33) Menezes MS, Faro A. Sintomatologia depressiva e regulação emocional em pacientes com doença de crohn e retocolite ulcerativa [Internet]. 2018. 19(3):743-754. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190321>
- (34) Cohen D, Bin CM, Fayh APT. Assessment of quality of life of patients with inflammatory bowel disease residing in Southern Brazil. Arq Gastroenterol. 2010;47(3):285-289. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000300014>
- (35) Lilienfeld SO, Wood JM, Garb HN. What's wrong with this picture?. Scientific American. 2001;284(5):80-87. doi: <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0501-80>
- (36) Cunha JA. Psicodiagnóstico V. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

- (37) Freitas, F. Método de Rorschach em adultos: evidências psicométricas da Escola Francesa [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; 2016.
- (38) Rodrigues AL, et al. Reflexões críticas sobre o constructo de alexitimia. *Rev. SBPH [Internet]*. 2014 Jun [citado 2023 Feb 15];17(1):140-157. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100009&lng=pt.
- (39) Rausch de Traubenberg N. A prática do Rorschach. São Paulo: Vetor; 1998.
- (40) Souza MM, Belasco AGS, Aguilar-Nascimento JE. Perfil epidemiológico dos pacientes portadores de doença inflamatória intestinal do estado de Mato Grosso. *Rev bras colo-proctol [Internet]*. 2008 Jul;28(3). doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-98802008000300009>.
- (41) Su HY, et al. Rising Incidence of Inflammatory Bowel Disease in Canterbury, New Zealand. *Inflamm Bowel Dis*. 2016;22(9): 2238-2244. doi: 10.1097/mib.0000000000000829.
- (42) Lapidus A, et al. Incidence of Crohn's disease in Stockholm County 1955-1989. *Gut* 1997;41(4):480-486. doi: 10.1136/gut.41.4.480.
- (43) Fonager K, Sørensen HT, Olsen J. Change in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Denmark. A study based on the National Registry of Patients, 1981-1992. *Int J Epidemiol*. 1997;26(5):1003-1008. doi: 10.1093/ije/26.5.1003.
- (44) Loftus CG, et al. Update on the incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota, 1940-2000. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(3):254-261. doi: 10.1002/ibd.20029.
- (45) Lerebours E, Savoye G, Guedon C. (2003). Epidémiologie et histoire naturelle des MICI Epidemiology and natural history of chronic inflammatory bowel disease. *Gastroenterologie clinique et biologique*. 2003;27(3 Suppl):76-80.
- (46) Abdul-Baki H, et al. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease in Lebanon. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13(4):475-480. doi: 10.1002/ibd.20022.
- (47) Molinié F, et al. Opposite evolution in incidence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Northern France (1988-1999). *Gut*. 2004;53(6):843-848. doi: 10.1136/gut.2003.025346.
- (48) Bernstein CN, et al. The epidemiology of inflammatory bowel disease in Canada: a population-based study. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(7):1559-1568. doi: 10.1111/j.1572-0241.2006.00603.x.
- (49) Lophaven SN, Lynge E, Burisch J. The incidence of inflammatory bowel disease in Denmark 1980-2013: a nationwide cohort study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;45(7):961-972. doi: 10.1111/apt.13971.

- (50) IBGE. PNAD educação, 2019. Mais da metade das pessoas de 25 anos ou mais não completaram o ensino médio. IBGE. 2019 [citado 04 fev. 2021] Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28285-pnad-educacao-2019-mais-da-metade-das-pessoas-de-25-anos-ou-mais-nao-completaram-o-ensino-medio>.
- (51) Filizola CLA, et al. Compreendendo o alcoolismo na família. Esc Anna Nery [Internet]. 2006 Dec.;10(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000400007>.
- (52) Souza J, Jeronymo DVZ, Carvalho AMP. Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. Psicol Estud [Internet]. 2005 May;10(2):191-199. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200005>
- (53) Coronel, ALCS, Silva HTH. Violência doméstica e constipação intestinal: uma revisão integrativa da literatura. Revista Panamericana de Salud Pública [internet]. 2018 [Acessado 15 fevereiro 2023]; 41(19). doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.19>
- (54) Egry EY, Apostolico MR, Moraes TCP. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde [Internet]. Ciênc saúde coletiva. 2018 Jan;23(1). doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>.
- (55) IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2021. [citado 21 jan. 2022]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>.
- (56) Serafim AP, et al. Dados demográficos, psicológicos e comportamentais de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual [Internet]. Arch Clin Psychiatry (São Paulo). 2011;38(4). doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000400006>.
- (57) Gallo-Silver, L.; Anderson, C. M.; Romo, J. Best clinical practices for male adult survivors of childhood sexual abuse: "do no harm". Perm J. 2014;18(3),82-87. doi: <https://doi.org/10.7812/TPP/14-009>.
- (58) Afifi TO, et al. Child abuse and physical health in adulthood. Health Rep. 2016 Mar. 16; 27(3):10-8. PMID: 26983007.
- (59) Cour F, et al. Childhood sexual abuse: how important is the diagnosis to understand and manage sexual, anorectal and lower urinary tract symptoms. Prog Urol. 2013;23(9):780-792. doi: 10.1016/j.purol.2012.10.010.

- (60) Perry NB, et al. Childhood self-regulation as a mechanism through which early overcontrolling parenting is associated with adjustment in preadolescence. *Dev Psychol.* 2018;54(8):1542-1554. doi: 10.1037/dev0000536.
- (61) Abreu CD, Silva LDL, Silva LM. Divórcio dos pais: sentimentos e percepções das crianças. *Semin. Cienc. Soc. Hum.* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 15 fev. 2023];41(1):19-32. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/38186>.
- (62) Silva DF, Santana PRS. Transtornos mentais e pobreza no Brasil: uma revisão sistemática [Internet]. *TEMPUS.* 31 de dezembro de 2012 [citado 15º de fevereiro de 2023]; 6(4):175-185. Disponível em: [//www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1214).
- (63) Mello Filho J. *Psicossomática hoje*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.
- (64) Bastos FIPM. *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ICICT; 2017. 528 p.
- (65) Barberio B, et al. Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2021;6(5):359-370. doi: 10.1016/s2468-1253(21)00014-5.
- (66) Byrne G, et al. Prevalence of Anxiety and Depression in Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2017; Article ID 6496727. doi: <https://doi.org/10.1155/2017/6496727>
- (67) Facanali C, et al. P235 Major Depression in patients with Crohn's disease and its relationship with clinical activity and disease's phenotype. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2021;15(Issue Supplement_1): 282-283. doi: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab076.361>.
- (68) Freud S. *Inibições, sintomas e ansiedade*. 2a ed. São Paulo: Imago; 1976.
- (69) Lacan J. *O seminário, Livro IV: A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar; 1956.
- (70) Klein M. *Sobre a observação do comportamento de bebês, inveja e gratidão e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago; 1991.
- (71) Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação : estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed; 1983.
- (72) Bowlby J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

8. APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DA PESQUISA

Título da pesquisa - Fatores Psicológicos e Características Psicodinâmicas dos Portadores da Doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach.

Pesquisador principal – Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas

Departamento/Instituto - Departamento de Gastroenterologia, Serviço de Coloproctologia.

Convidamos o(a) Sr(a). _____ para participar desta pesquisa com portadores da doença de Crohn, intitulada "Fatores Psicológicos e Características Psicodinâmicas dos Portadores da Doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach".

Justificativa e objetivos do estudo:

1. Realizar um estudo sobre os fatores psicológicos (por exemplo: estresse, ansiedade, depressão, entre outros) e as características psicodinâmicas (funcionamento psíquico, comportamento, relação do indivíduo com seu mundo interno e externo) dos portadores da Doença de Crohn, com o objetivo de conhecer os fatores psicológicos e características psicodinâmicas destes pacientes.
2. Os benefícios dessa pesquisa se estendem não só àqueles que participam dela, mas às pessoas em geral (e às com doença de Crohn em particular), porque quanto mais se estuda sobre o assunto, maiores serão as possibilidades de se realizar atendimento melhor para estas pessoas.

Nome resumido do projeto: Fatt. Psic. e Carac. Psico. dos Port. da Doença de Crohn	Confidencial
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0 de dezembro de 2019	
Nome do pesquisador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	_____ Rubrica do Participante da Pesquisa/Rrepresentante legal
	_____ Rubrica do Investigador Responsável

Atualizado-dezembro 2019

Procedimentos que serão realizados e métodos que serão empregados:

1. Será utilizado o psicodiagnóstico de Rorschach quando serão apresentadas pranchas com borrões de tinta, solicitando ao examinando que diga com o que acredita serem parecidos e a Entrevista Semidirigida em que o pesquisador pedirá mais informações.
2. As perguntas do Psicodiagnóstico são realizadas para um levantamento de dados proporcionando o conhecimento da dinâmica psíquica e funcionamento emocional da pessoa: seus afetos, as emoções, as condições de relacionamento humano, nível de ansiedade, controle da agressividade e o equilíbrio entre o racional e o emocional.
3. Complementarmente, a Entrevista tem como objetivo coletar dados pessoais, dados familiares, dados da doença e sentimentos e emoções relacionados a doença.
4. O processo pode causar algum tipo de desconforto, contudo, não haverá riscos para a pessoa.
5. Os dados obtidos serão usados unicamente para fins científicos.

Esclarecimento sobre a forma de acompanhamento e assistência a que terão direito os participantes da pesquisa:

1. O pesquisador responsável se dispõe a atender e orientar as pessoas desta pesquisa no caso de dúvidas, informações ou sentimentos ocorridos durante a pesquisa. Caso o paciente apresente alguma consequência de cunho psicológico, devido ao processo da pesquisa, poderá ligar no telefone (11) 2661-7971 e agendar uma ou mais consultas no endereço Avenida Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 150 – 6º Andar – Bloco 7B – Sala 3, onde o psicólogo executor do projeto se responsabilizará em atendê-lo.
2. Acesso, a qualquer tempo e por qualquer motivo, às informações sobre procedimentos, desconforto e benefícios relacionados à pesquisa.
3. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e assim deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.
4. O participante da pesquisa receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome resumido do projeto: Fat. Psic. e Carac. Psico. dos Port. da Doença de Crohn	Confidencial	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0 de dezembro de 2019		
Nome do pesquisador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP		
	_____ Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal	_____ Rubrica do Investigador Responsável

5. O participante terá direito à indenização em caso de danos decorrentes da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas e o Prof. Dr. Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior que podem ser encontrados no endereço Avenida Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 150 – 6º Andar – Bloco 7B – São Paulo – SP, assim como a Psicóloga Responsável Marlene Monteiro da Silva. Telefone(s) (11) 26617971, e-mail: sergionahas@uol.com.br, afonso_sousa@me.com e marlene.silva@hc.fm.usp.br

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: (11) 2661-7585, (11) 2661-1548, (11) 2661-1549, das 7 às 16h de segunda a sexta feira ou por e-mail: cappesq.adm@hc.fm.usp.br

Fui suficientemente informado a respeito do estudo *"Fatores Psicológicos e Características Psicodinâmicas dos Portadores da Doença de Crohn por meio do Psicodiagnóstico de Rorschach"*. Eu discuti as informações acima com o Pesquisador Responsável Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas e o Prof. Dr. Afonso Henrique da Silva e Sousa Junior ou pessoa (s) por ele delegada (s) Marcelo Santos Solidade, psicólogo (inscrição no Conselho Regional Nº 06/135380) sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim os objetivos, os procedimentos, os potenciais desconfortos e as garantias. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, assino este termo de consentimento e recebo uma via rubricada pelo pesquisador.

----- Data ____/____/____

Assinatura do participante /representante legal

Nome do participante/representante legal

----- Data ____/____/____

Assinatura do responsável pelo estudo

Nome resumido do projeto: Fat. Psic. e Carac. Psico. dos Port. da Doença de Crohn	Confidencial	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido versão 1.0 de dezembro de 2019		
Nome do pesquisador: Prof. Dr. Sérgio Carlos Nahas Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da USP	_____ Rubrica do Participante da Pesquisa/Representante legal	_____ Rubrica do Investigador Responsável

APÊNDICE B – ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA – PRIMEIRO MOMENTO

PROTOCOLO DE ENTREVISTA

1. Dados Pessoais:

NOME: REG. HC:

DATA DE NASC.: IDADE: DATA DA ENTREV.:

ENDEREÇO:

TELEFONE PARA CONTATO:

ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO: OCUPAÇÃO:

NÍVEL SOCIOECONÔMICO:

SEXUALIDADE:

LOCAL DE NASCIMENTO:

ALIMENTAÇÃO:

FEZ OU FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO (ANTIDEPRESSIVO, ANSIOLÍTICO, CORTICOIDE, ETC)?

DADOS COMPLEMENTARES:

2. Dados Familiares (pais, irmãos, cônjuge, filhos e outros):

PAI: IDADE:

PROFISSÃO: OCUPAÇÃO:

ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL:

SAÚDE:

RELACIONAMENTOS AFETIVOS:

DADOS COMPLEMENTARES:

MÃE: IDADE:

PROFISSÃO: OCUPAÇÃO:

ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL:

SAÚDE:

RELACIONAMENTOS AFETIVOS:

DADOS COMPLEMENTARES:

CÔNJUGE: IDADE:

PROFISSÃO: OCUPAÇÃO:

ESCOLARIDADE: ESTADO CIVIL:

SAÚDE:

RELACIONAMENTOS AFETIVOS:

DADOS COMPLEMENTARES:

NÚCLEO FAMILIAR:

QUANTAS PESSOAS TEM NA FAMÍLIA?

QUAL SUA POSIÇÃO NA FAMÍLIA?

3. Dados da Doença:

DATA DE INÍCIO: HÁ QUANTO TEMPO:

PRIMEIROS SINTOMAS:

RECIDIVAS:

HOSPITALIZAÇÕES (motivos e duração):

HÁBITOS EM GERAL:

DÚVIDAS E EXPECTATIVAS:

DADOS COMPLEMENTARES:

(ASSINATURA E CARIMBO DO PESQUISADOR)

APÊNDICE C – ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA – SEGUNDO MOMENTO

PROTOCOLO DE ENTREVISTA – SEGUNDO MOMENTO

1. Dados pessoais

QUANTOS ANOS TINHA QUANDO SE CASOU?

FOI O SEU PRIMEIRO CASAMENTO?

2. Relacionamento Familiar:

COMO É OU ERA O RELACIONAMENTO DOS SEUS PAIS?

QUAL FOI O PRIMEIRO CASAMENTO DO SEU PAI/MÃE?

ALGUMA LEMBRANÇA DOLOROSA? QUAL?

ALGUÉM DA FAMÍLIA FALECEU? SE SIM, QUANTOS ANOS VOCÊ TINHA NA ÉPOCA?

SEUS PAIS SE SEPARARAM? QUANDO? SE SIM, COM QUEM VOCÊ FICOU MORANDO?

VOCÊ EM ALGUM MOMENTO FOI CRIADO POR SEU IRMÃO (A)?

TEM ALGUÉM COM DOENÇAS MENTAIS NA FAMÍLIA?

TEM ALGUÉM NA FAMÍLIA QUE FEZ OU FAZ USO DE ALGUMA SUBSTÂNCIA QUÍMICA (CIGARRO, ÁLCOOL, OUTRAS DROGAS)?

3. Eventos que podem estar Relacionados a Doença (fisiopatológicos e emocionais)?

SENTIA DORES ABDOMINAIS COM FREQUÊNCIA QUANDO CRIANÇA?

HOVE ALGUM TRAUMA OU EVENTO ESTRESSANTE ANTES DA DOENÇA?

ANTES DA DOENÇA DE CROHN TEVE ALGUMA OUTRA DOENÇA? SE SIM, QUAL?

HOVE ALGUM TIPO DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA?

4. Sentimento e Emoções Relacionados a Doença

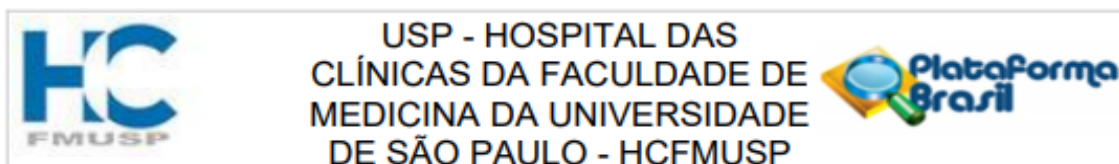
SITUAÇÃO EMOCIONAL (anterior e posterior à doença):

APÊNDICE D – PRANCHAS DO PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH

A reprodução do Psicodiagnóstico de Rorschach não é autorizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) por tratar-se de um instrumento de uso exclusivo para psicólogos, de acordo com a nova Resolução nº 04/2019 do CFP.

Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/lei/elaboracao-de-documentos-escritos-produzidos-pelo-psicologo-decorrentes-de-avaliacao-psicologica-cfp?origin=instituicao>

APÊNDICE E – PARECER DA PLATAFORMA BRASIL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores psicológicos e características psicodinâmicas dos portadores da doença de Crohn por meio do método de Rorschach

Pesquisador: Sergio Carlos Nahas

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 35701420.5.0000.0068

Instituição Proponente: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.790.476

Apresentação do Projeto:

Nova documentação foi encaminhada

Objetivo da Pesquisa:

Trata-se de resposta à pendência anterior

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O TCLE foi corrigido e a pendência solucionada

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE encontra-se OK

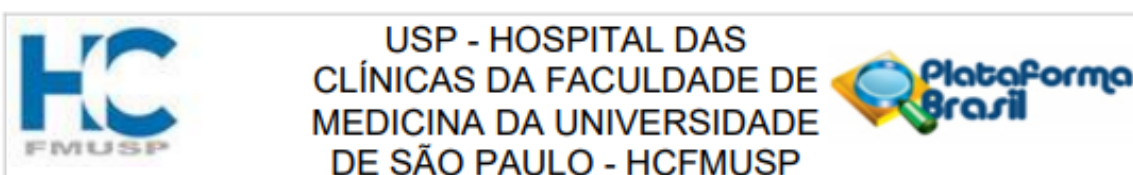
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e)

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



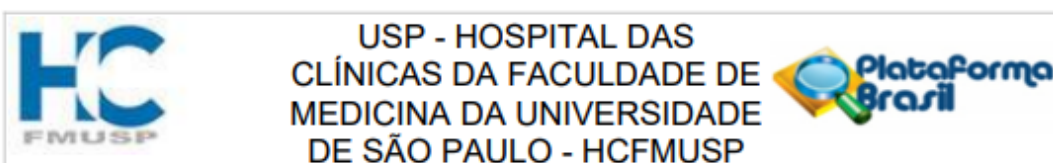
Continuação do Parecer: 4.790.476

encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1573039.pdf	18/06/2021 08:17:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_2.doc	18/06/2021 08:16:56	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Parecer Anterior	RESPOSTA_PARECER_JUNHO_2021.pdf	18/06/2021 08:16:47	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Outros	PARECER_FINAL_DEP_PISICOLOGIA.pdf	19/05/2021 10:49:26	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESPOSTA_PARECER_maior21.pdf	19/05/2021 10:47:27	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_V3_1.pdf	19/05/2021 10:47:12	Sergio Carlos Nahas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3_1.doc	19/05/2021 10:46:49	Sergio Carlos Nahas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	22/02/2021 10:58:40	Sergio Carlos Nahas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V3.doc	07/12/2020 11:36:02	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_V3.doc	07/12/2020 11:35:50	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_V3.docx	07/12/2020 11:35:40	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_V3.docx	07/12/2020 11:35:25	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Parecer Anterior	RESPOSTA_PARECER.pdf	07/12/2020 11:35:11	Sergio Carlos Nahas	Aceito

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7555 **Fax:** (11)2661-7505 **E-mail:** cappesq.adm@hc.fm.usp.br



Continuação do Parecer: 4.790.476

Declaração de Pesquisadores	RESPOSTA_AO_CEP.pdf	27/09/2020 09:50:01	Sergio Carlos Nahas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_V2_0.doc	27/09/2020 09:47:39	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_V2_0.docx	27/09/2020 09:47:16	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_2.docx	25/08/2020 10:06:24	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_1.docx	25/08/2020 10:06:10	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	25/08/2020 10:04:27	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	25/08/2020 10:04:00	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Outros	CARTA_ANUENCIA.doc	25/08/2020 10:03:40	Sergio Carlos Nahas	Aceito
Folha de Rosto	FR_Marcelo_Psico.pdf	27/07/2020 16:38:56	Sergio Carlos Nahas	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Junho de 2021

Assinado por:
ALFREDO JOSE MANSUR
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ovídio Pires de Campos, 225 5º andar
Bairro: Cerqueira César **CEP:** 05.403-010
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2661-7585 **Fax:** (11)2661-7585 **E-mail:** cappelq.adm@hc.fm.usp.br

9. ANEXO

ANEXO A – Tabela 1 – Descrição das características pessoais e do histórico psicológico dos pacientes avaliados

Variável	Descrição (N = 31)
Idade (anos)	
média ± DP	39,3 ± 9
mediana (mín.; máx.)	38 (24; 60)
Sexo, n (%)	
Masculino	13 (41,9)
Feminino	18 (58,1)
Estado Marital, n (%)	
Solteiro	18 (58,1)
Casado	13 (41,9)
Escolaridade, n (%)	
Ensino Fundamental	2 (6,5)
Ensino Médio Incompleto	5 (16,1)
Ensino Médio Completo	17 (54,8)
Superior Incompleto	2 (6,5)
Superior Completo	5 (16,1)
Idade do diagnóstico da Doença de Crohn (anos)	
média ± DP	27,7 ± 10,4
mediana (mín.; máx.)	26 (11; 54)
Teve alguma doença Antes da DC?, n (%)	
Sim	15 (48,4)
Não	16 (51,6)
Evento estressante antes dos primeiros sintomas ou do diagnóstico, n (%)	
Sim	25 (80,6)
Não	6 (19,4)
Quanto tempo depois do evento?, n (%)*	
Dias	3 (12)
Meses	15 (60)
Até 2 anos	7 (28)
Se sente mais forte emocionalmente após a doença de DC?, n (%)	
Sim	17 (54,8)
Não	11 (35,5)
Igual	3 (9,7)
Pai alcoolista, n (%)	
Sim	13 (41,9)
Não	18 (58,1)
Figura paterna violenta e agressiva, n (%)	
Sim	9 (29)
Não	22 (71)
Mãe autoritária e controladora, n (%)	
Sim	21 (67,7)
Não	10 (32,3)
Sofreu abuso sexual, n (%)	
Sim	10 (32,3)
Não	21 (67,7)
Sofreu agressões físicas ou psicológica dos familiares, n (%)	
Sim	14 (45,2)
Não	17 (54,8)
Separação dos pais na infância, n (%)	
Sim	7 (22,6)
Não	24 (77,4)
Relação parental conflituosa, n (%)	
Sim	18 (58,1)
Não	13 (41,9)
Dificuldades Financeiras na Infância, n (%)	
Sim	15 (48,4)
Não	16 (51,6)
Histórico de Doença Crônica na Família, n (%)	
Sim	13 (41,9)
Não	18 (58,1)
Histórico de DII na Família, n (%)	
Sim	3 (9,7)
Não	28 (90,3)
Uso de Drogas Ilícitas na Família, n (%)	
Sim	2 (6,5)
Não	29 (93,5)

* Resultados válidos apenas para pessoas com eventos estressantes

ANEXO B – Tabela 2 – Descrição dos parâmetros do Rorschach em todos os pacientes avaliados (*continua*)

Variável	Descrição (N = 31)
Nº Respostas do Rorschach	
média ± DP	18,8 ± 7,1
mediana (mín.; máx.)	16 (8; 38)
F+	
média ± DP	3 ± 2,4
mediana (mín.; máx.)	3 (0; 11)
F±	
média ± DP	0,1 ± 0,4
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
F-	
média ± DP	2,6 ± 2,4
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 11)
Σ F	
média ± DP	5,7 ± 4,3
mediana (mín.; máx.)	4 (0; 20)
FC / FC'	
média ± DP	2,4 ± 1,7
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 6)
CF / C'F	
média ± DP	2,2 ± 2
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 9)
C / C'	
média ± DP	0,61 ± 1,38
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 6)
CN	
média ± DP	0,19 ± 0,75
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 4)
Σ Cp	
média ± DP	4,3 ± 2,9
mediana (mín.; máx.)	3,5 (0; 13,5)
K	
média ± DP	2,3 ± 2
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 7)
Kan	
média ± DP	1,03 ± 1,08
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 4)
Kob	
média ± DP	0,06 ± 0,25
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
Kp	
média ± DP	0,58 ± 0,96
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 3)
Σ K	
média ± DP	1,7 ± 1,4
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 6)
FE	
média ± DP	1,8 ± 1,5
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 6)
EF	
média ± DP	1,9 ± 2
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 9)
E	
média ± DP	0,16 ± 0,45
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
Σ Ep	
média ± DP	3,1 ± 2,4
mediana (mín.; máx.)	2,5 (0; 9,5)

ANEXO B – Tabela 2 – Descrição dos parâmetros do Rorschach em todos os pacientes avaliados (*continuação*)

Variável	Descrição (N = 31)
Fclob	
média ± DP	0,13 ± 0,43
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
ClobF	
média ± DP	0 ± 0
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 0)
Clob	
média ± DP	0,1 ± 0,3
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
∑ Clob	
média ± DP	0,23 ± 0,67
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 3)
A	
média ± DP	7,5 ± 3,6
mediana (mín.; máx.)	7 (2; 16)
(A)	
média ± DP	0,68 ± 0,98
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 4)
Ad	
média ± DP	1,4 ± 1,7
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 6)
(Ad)	
média ± DP	0,13 ± 0,43
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
∑ A	
média ± DP	9,7 ± 4,9
mediana (mín.; máx.)	9 (3; 24)
H	
média ± DP	2,4 ± 2,1
mediana (mín.; máx.)	2 (0; 10)
(H)	
média ± DP	0,55 ± 1,29
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 7)
Hd	
média ± DP	1,03 ± 1,43
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 6)
(Hd)	
média ± DP	0,16 ± 0,37
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
∑ H	
média ± DP	4,1 ± 2,7
mediana (mín.; máx.)	3 (1; 13)
Anat	
média ± DP	1,9 ± 1,7
mediana (mín.; máx.)	1 (0; 6)
Sg	
média ± DP	0,1 ± 0,3
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
Sex	
média ± DP	0 ± 0
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 0)
Obj	
média ± DP	0,87 ± 1,15
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 4)
Art	
média ± DP	0,23 ± 0,5
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
Arq	
média ± DP	0,06 ± 0,25
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
Simb	
média ± DP	0,19 ± 0,4
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)

ANEXO B – Tabela 2 – Descrição dos parâmetros do Rorschach em todos os pacientes avaliados (*continuação*)

Variável	Descrição (N = 31)
Abst	
média ± DP	0,71 ± 1,79
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 8)
Bot	
média ± DP	0,45 ± 0,72
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 3)
Geo	
média ± DP	0,16 ± 0,58
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 3)
Nat	
média ± DP	0,06 ± 0,25
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
Pais	
média ± DP	0,23 ± 0,5
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
Elem	
média ± DP	0,03 ± 0,18
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
Frag	
média ± DP	0,23 ± 0,76
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 4)
A:Ad	
média ± DP	6,1 ± 3,5
mediana (mín.; máx.)	5 (1; 14)
H:Hd	
média ± DP	1,5 ± 2,4
mediana (mín.; máx.)	1 (-4; 9)
A%	
média ± DP	51,5 ± 17,3
mediana (mín.; máx.)	52,2 (23,1; 87,5)
H%	
média ± DP	20,7 ± 9
mediana (mín.; máx.)	18,8 (7,1; 46,2)
D.C.	
média ± DP	72,1 ± 16,5
mediana (mín.; máx.)	73,6 (43,4; 100)
T.L.	
média ± DP	18,8 ± 15,7
mediana (mín.; máx.)	14 (3; 70)
Ban	
média ± DP	3,5 ± 1,7
mediana (mín.; máx.)	4 (0; 8)
%	
média ± DP	19 ± 8,9
mediana (mín.; máx.)	19 (0; 44)
R.A.	
média ± DP	0,32 ± 0,65
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
Den.	
média ± DP	0 ± 0
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 0)
Rec	
média ± DP	0,35 ± 0,61
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
G	
média ± DP	6,1 ± 3,6
mediana (mín.; máx.)	6 (0; 13)
%	
média ± DP	35,1 ± 22,8
mediana (mín.; máx.)	36,8 (0; 91)
D	
média ± DP	5,6 ± 3,1
mediana (mín.; máx.)	5 (0; 14)
%	
média ± DP	28,5 ± 11,9
mediana (mín.; máx.)	26 (0; 47,3)

ANEXO B – Tabela 2 – Descrição dos parâmetros do Rorschach em todos os pacientes avaliados (*conclusão*)

Variável	Descrição (N = 31)
Dd	
média ± DP	6,7 ± 5,9
mediana (mín.; máx.)	5 (0; 25)
%	
média ± DP	32,8 ± 20,8
mediana (mín.; máx.)	31,5 (0; 75)
DbI	
média ± DP	0,1 ± 0,4
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 2)
%	
média ± DP	0,33 ± 1,37
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 7,1)
Do	
média ± DP	0,32 ± 0,48
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 1)
%	
média ± DP	1,5 ± 2,4
mediana (mín.; máx.)	0 (0; 7)
G:K	
média ± DP	3,8 ± 3,4
mediana (mín.; máx.)	4 (-3; 11)
K : $\sum k$	
média ± DP	0,68 ± 2,47
mediana (mín.; máx.)	0 (-4; 5)
F%	
média ± DP	30,7 ± 18,1
mediana (mín.; máx.)	25 (0; 75)
F+%	
média ± DP	55 ± 25,8
mediana (mín.; máx.)	50 (0; 100)
F+ext.%	
média ± DP	69,6 ± 15,8
mediana (mín.; máx.)	75 (26,1; 92,3)
K%	
média ± DP	11,7 ± 9,4
mediana (mín.; máx.)	9 (0; 38,4)
A%	
média ± DP	51,4 ± 17,3
mediana (mín.; máx.)	52,2 (23,1; 87,5)
H%	
média ± DP	20,7 ± 9
mediana (mín.; máx.)	18,8 (7,1; 46,2)
Ban%	
média ± DP	19 ± 8,9
mediana (mín.; máx.)	19 (0; 44)
FC:CF+C	
média ± DP	-0,45 ± 2,79
mediana (mín.; máx.)	0 (-9; 6)
FE:EF+E	
média ± DP	-0,32 ± 2,46
mediana (mín.; máx.)	0 (-8; 4)
F.A.	
média ± DP	17,9 ± 13,2
mediana (mín.; máx.)	18,2 (0; 53,8)
T.R.I., n (%)	
Extratensivo Puro	5 (16,1)
Extratensivo Dilatado	19 (61,3)
Introversivo Puro	2 (6,5)
Introversivo Dilatado	4 (12,9)
Coartativo	1 (3,2)
T. L., n (%)	
Extratensivo Puro	7 (22,6)
Extratensivo Dilatado	14 (45,2)
Introversivo Dilatado	4 (12,9)
Coartativo	2 (6,5)
Coartado	2 (6,5)
Ambigüal	2 (6,5)
3ª Fórm, n (%)	
Extratensividade	7 (22,6)
Introversidade	12 (38,7)
Ambigüal	12 (38,7)

ANEXO C – Dados da Entrevista Semidirigida

(1 = Sim / 2 = Não)

Paciente (RGHC)	Idade	Sexo	Estado Marital	Escolaridade	Profissão	Local de Nascimento	Idade do diagnóstico	Teve alguma doença antes da DC?	Evento estressante antes dos primeiros sintomas da doença (Entre dias à 2 anos)	Se sente mais forte emocionalmente após a doença de DC
Paciente 1	32	1	1	Ensino Médio Incompleto	Do lar	São Paulo	29	2	1	2
Paciente 2	46	2	1	Ensino Médio Completo	Do lar	Alagoas	44	1	2	1
Paciente 3	27	1	1	Ensino Médio Completo	Operador Telemarketing	São Paulo	17	1	1	1
Paciente 4	44	2	1	Ensino Médio Incompleto	Comerciante	São Paulo	33	1	1	2
Paciente 5	34	2	2	Ensino Médio Incompleto	Vendedor	São Paulo	15	1	1	1
Paciente 6	27	1	1	Ensino Médio Completo	Pintor	São Paulo	25	1	1	2
Paciente 7	43	1	2	Ensino Médio Completo	Auxiliar Administrativo	São Paulo	22	1	1	2
Paciente 8	42	1	2	Ensino Médio Completo	Desempregado	São Paulo	26	2	2	2
Paciente 9	49	2	1	Ensino Médio Completo	Comerciante	São Paulo	27	2	2	2
Paciente 10	38	1	1	Ensino Fundamental	Autônomo	São Paulo	30	2	2	3
Paciente 11	41	1	1	Ensino Médio Completo	Comerciante	Rio Grande do Norte	23	2	1	1
Paciente 12	60	1	2	Ensino Médio Completo	Aposentado	São Paulo	54	1	1	1
Paciente 13	58	1	2	Ensino Médio Completo	Encanador	São Paulo	42	1	1	1
Paciente 14	41	2	1	Ensino Médio Completo	Desempregado	São Paulo	32	1	2	3
Paciente 15	27	2	2	Ensino Médio Incompleto	Vendedor	Paraíba	20	1	1	1
Paciente 16	54	2	2	Ensino Médio Completo	Massoterapeuta	São Paulo	49	2	1	3
Paciente 17	30	1	1	Ensino Médio Incompleto	Cabelereiro	São Paulo	27	1	1	2
Paciente 18	38	1	2	Ensino Médio Completo	Assistente Administrativo	São Paulo	16	2	1	1
Paciente 19	41	2	1	Ensino Médio Completo	Do lar	Rio Grande do Norte	24	2	1	1
Paciente 20	36	2	1	Superior Completo	Produtora de Eventos	São Paulo	18	2	2	1
Paciente 21	33	2	2	Ensino Médio Completo	Assistente de Atendimento	São Paulo	31	2	1	1
Paciente 22	37	1	1	Superior Completo	Professor	São Paulo	30	1	1	1
Paciente 23	49	2	2	Ensino Médio Completo	Autônomo	Espírito Santo	36	2	1	2
Paciente 24	46	2	2	Ensino Fundamental	Auxiliar de Limpeza	São Paulo	38	1	1	1
Paciente 25	36	1	1	Superior Incompleto	Estagiário Jurídico	Bahia	16	2	1	2
Paciente 26	42	2	2	Superior Completo	Marketing	São Paulo	38	2	1	2
Paciente 27	24	2	1	Superior Incompleto	Estudante	São Paulo	11	2	1	1
Paciente 28	29	2	1	Ensino Médio Completo	Atendente	São Paulo	23	2	1	1
Paciente 29	33	2	1	Ensino Médio Completo	Do lar	São Paulo	14	1	1	1
Paciente 30	43	2	2	Superior Completo	Biologista	São Paulo	26	2	1	1
Paciente 31	38	2	1	Superior Completo	Back Office	São Paulo	23	1	1	2

Paciente (RGHC)	Pai alcolista	Genitores masculinos que os agrediam verbal ou fisicamente	Mãe autoritária e controladora	Sofreu algum tipo de abuso sexual	Sofria violência física ou psicológica dos familiares	Separação dos pais na infância	Relação parental conflituosa	Dificuldades financeiras na Infância	Histórico de doença crônica na família	Histórico de DII na família	Uso de drogas ilícitas na família
Paciente 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Paciente 2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
Paciente 3	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1
Paciente 4	1	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2
Paciente 5	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
Paciente 6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Paciente 7	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2
Paciente 8	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Paciente 9	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
Paciente 10	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2
Paciente 11	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
Paciente 12	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2
Paciente 13	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2
Paciente 14	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2
Paciente 15	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2
Paciente 16	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
Paciente 17	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2
Paciente 18	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2
Paciente 19	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2
Paciente 20	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2
Paciente 21	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2
Paciente 22	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Paciente 23	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	1
Paciente 24	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
Paciente 25	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2
Paciente 26	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
Paciente 27	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2
Paciente 28	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2
Paciente 29	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2
Paciente 30	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2
Paciente 31	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2016.