

ASPECTOS EMOCIONAIS ASSOCIADOS A DISFUNÇÕES GASTROENTEROLÓGICAS

Edna Cristina Gouveia*
Lazslo Antonio Ávila#

RESUMO. Diversos estudos têm demonstrado que alguns indivíduos, ante a impossibilidade de representar mentalmente seus conflitos, expressam-nos com o corpo, por meio de sintomas psicossomáticos. Também tem sido investigado como situações de estresse, ansiedade e depressão podem influir no curso e na evolução de determinadas doenças, incluindo as inflamatórias do intestino. Esta pesquisa reuniu trinta pacientes portadores de retocolite ulcerativa e doença de Crohn, que foram submetidos a três testes psicológicos: Inventário Beck de Ansiedade, Inventário Beck de Depressão e Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp. Posteriormente, nove deles foram selecionados para realização de um trabalho psicoterapêutico breve em grupo. Os testes revelaram que a condição emocional, embora não possa ser considerada diretamente causadora, pode afetar as defesas do sujeito, agravando a patologia. O trabalho psicoterapêutico revelou situações emocionais até então não percebidas, mas presentes nas histórias de vida e manifestadas sintomaticamente por meio de somatizações.

Palavras-chave: Conflitos emocionais; disfunções gastroenterológicas; psicanálise.

EMOTIONAL ASPECTS ASSOCIATED TO GASTROENTEROLOGICAL DYSFUNCTIONS

ABSTRACT. Many studies have showed that some individuals failing in demonstrating their mental conflicts may express them bodily, through psychosomatic symptoms. It has also been investigated how situations of stress, anxiety and depression contribute to the formation process and evolution of some diseases, including Inflammatory Bowel Disease. This research gathered thirty patients with Ulcerative Retocolitis and Crohn's Disease, who were submitted to three psychological tests: the Beck Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, and the Lipp Stress Symptom Inventory. Afterwards, nine of them were chosen to perform a brief psychotherapy work group. The tests revealed that the emotional condition although not the main responsible, may aggravate the pathology by affecting one's body and mental defenses. The psychotherapy work displayed emotional conditions until recently unnoticed; though present in life, symptomatically manifested by somatizations.

Key words: Emotional conflicts; gastroenterological dysfunctions; psychoanalysis.

ASPECTOS EMOCIONALES ASOCIADOS A DISFUNCIONES GASTROINTESTINALES

RESUMEN. Muchos estudios han demostrado que algunos individuos, frente a la imposibilidad de representar mentalmente sus conflictos, los expresan con el cuerpo, a través de síntomas psicossomáticos. También se ha investigado como situaciones de estrés, ansiedad y depresión pueden contribuir en el curso y evolución de determinadas dolencias, incluyendo las dolencias inflamatorias del intestino. Ese estudio ha reunido treinta pacientes, portadores de Retocolitis Ulcerativa y Dolencia de Crohn, que han sido sometidos a tres testes psicológicos: el Inventario Beck de Ansiedade, el Inventario Beck de Depresión y el Inventario de Síntomas de Stress para Adultos de Lipp. Posteriormente, nueve de ellos fueron seleccionados para realizar un trabajo psicoterapêutico focal en grupo. Los testes han revelado que la condición emocional, aunque no pueda ser directamente considerada como causadora, puede afectar las defensas del sujeto, agravando la patología. El trabajo psicoterapêutico ha revelado situaciones emocionales hasta entonces no percatadas, y sin embargo presentes en las historias de vida, y manifestadas sintomáticamente a través de somatizaciones.

Palabras-clave: Conflictos emocionales; disfunciones gastroenterológicas, psicoanálisis.

* Psicóloga Clínica. Consultório Particular. Pós graduação em Psicanálise, Brasil.

Doutora em Psicologia Clínica. Professor titular da Sociedade de Psicoterapias Analíticas do Estado de São Paulo. Departamento Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Medicina de São Jose do Rio Preto, Brasil.

Considera-se geralmente que a medicina científica teve início com Hipócrates há 2.500 anos. A doença, até então, era vista como um castigo vindo dos deuses, o resultado de ações de espíritos maléficos ou influências dos astros e causas sobrenaturais desconhecidas. Na medicina tradicional, o médico só dispunha de seus sentidos para examinar o paciente, ou seja, a observação metódica, compreendendo a anamnese e o exame físico, e, com estes recursos parcos, auxiliar os doentes (Rezende, 2001).

Hipócrates descobriu que para melhor conhecer a enfermidade do paciente era preciso ouvir sua história, anotar suas queixas e observar as manifestações do sintoma.

O exame clínico, como ensinava Hipócrates, deve começar pelas coisas mais importantes e mais facilmente reconhecíveis, como verificar as semelhanças e as diferenças com o estado de saúde e observar tudo que se pode ver, ouvir, tocar, sentir, tudo que se pode reconhecer pelos nossos meios de conhecimento (Rezende, 2001, p. 106).

Até o advento da revolução científica no século XVII, a medicina ocidental permaneceu basicamente hipocrática. A partir daquele século, René Descartes, filósofo e médico francês, inaugurou a concepção moderna da distinção corpo e alma (*res extensa* e *res cogitans*). Esta distinção influenciou profundamente todos os sistemas de representação da ciência, incluindo em seus efeitos as concepções médicas. Após Descartes, a medicina adentrou seu período propriamente científico, calcado na objetividade, na experimentação, na observação, no teste e refutação de hipóteses, no desenvolvimento de recursos técnicos e instrumentais, levando a um extraordinário desenvolvimento nos séculos seguintes. A partir do século XIX os exames clínicos foram enriquecidos pela descrição de sinais identificadores de doenças. A era tecnológica desenvolveu-se no decorrer do século XX, com o diagnóstico por imagens. Nesse século foram lançadas as bases sobre as quais se ergueriam todas as grandes conquistas da medicina atual, evoluindo neste período mais do que em toda a sua história anterior.

Não obstante, algo se perdeu nesse trajeto, pois o cartesianismo pressupõe um corpo-máquina, puro organismo físico-químico, e não um sujeito humano. Assim deixou de ser considerado o universo mental, com toda a sua complexidade, suas leis peculiares, sua inerente singularidade e o inevitável caráter subjetivo de todos os seus fenômenos. A visão tradicional, unitária e integrada do homem no mundo fragmentou-se, passando a repartir-se em diferentes saberes e especialidades técnicas, e o corpo humano ficou

dividido em duas dimensões: uma biológica, ou biofísica e bioquímica, e uma psicossocial, englobando as dimensões antropológicas, sociais e psíquicas. Estas duas dimensões apresentam-se, atualmente, como irredutíveis uma à outra (Ávila, 2004).

Ao lado dos progressos tecnológicos e das grandes ideias que iluminaram o século XX, com os estudos de Freud surgiu a Psicanálise, com suas descobertas sobre o funcionamento psíquico e suas motivações inconscientes. A concepção estritamente médica das doenças começava a se alterar. A incompatibilidade entre sintomatologia e quadro clínico, as exacerbações de sintomas, as enfermidades que surgiam juntamente com os conflitos emocionais, passaram a exigir um diagnóstico diferencial, que permitisse investigar quanto de emocional poderia haver associado aos quadros orgânicos. Passou-se a reconhecer que certas expressões orgânicas poderiam estar profundamente influenciadas por fatores psíquicos, alterando o curso e evolução das doenças somáticas.

A Psicanálise descobriu o valor da palavra para a prática médica e para a patogenia e operacionalizou sua função na terapêutica (Ávila, 2006; Castro & Muller, 2006; Garcia Rosa, 2004). A partir daí se desenvolveram teorias e técnicas que, aplicadas à patologia geral, permitiram redimensionar a doença como um acidente biográfico e, na prática clínica, a relação médico-paciente como um recurso terapêutico. Com uma nova visão da doença e da terapêutica surgia a medicina psicossomática, em que as manifestações patológicas do ser humano resultariam da interação de três áreas: corpo, mente e ambiente (Ávila, 2007; Casetto, 2006; Czeresnia, 2007; Mello Filho, 1992).

O termo *psicossomático* foi introduzido pelo psiquiatra alemão Heinroth, em 1818. Em sua origem a expressão destinava-se a ressaltar a inter-relação dos fenômenos psíquicos e corporais, inegavelmente presentes em inúmeras patologias. Na realidade, porém, o verdadeiro precursor da psicossomática moderna foi o alemão George Groddeck (1866-1934), pioneiro na utilização da metodologia psicanalítica associada a tratamentos físicos (Ávila, 2004).

Embora a medicina psicossomática seja tema recente no âmbito mundial, vimos que seus princípios estão contidos na doutrina médica desde os tempos hipocráticos. Além do progresso científico dos últimos séculos houve, igualmente, uma evolução de conceitos a respeito de saúde e doença, de modo que saúde deixou de ser considerada apenas ausência de doença para ser entendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, conforme a famosa e

talvez excessivamente genérica definição da Organização Mundial de Saúde.

A DOENÇA PSICOSSOMÁTICA E A PSICANÁLISE

Manter a vida enquanto se luta para ganhá-la não é tarefa fácil. O desgaste a que as pessoas são submetidas no seu processo de viver é um dos fatores mais potentes no desenvolvimento de doenças. Daí a tendência atual da psicossomática de compreender os processos de adoecer não como um evento acidental na vida de uma pessoa, mas como resultante de um sistema complexo.

Hans Selye utilizou o termo estresse, em 1936, para denominar o conjunto de reações que um organismo desenvolve quando submetido a uma situação que exija esforço adaptativo; mas se a reação ao esforço for muito intensa e/ou prolongada, poderá advir como consequência uma doença ou maior predisposição a desenvolvê-la, pois a reação protetora sistêmica desencadeada pelo estresse pode ir além da sua finalidade e dar lugar a efeitos indesejáveis. É oportuno lembrarmos Levi (citado por Mello Filho, 1992), segundo cujo relato é possível o ser humano adaptar-se a qualquer meio ambiente, ainda que desfavorável, mas a adaptação não ocorre sem alguma punição. O processo de adaptação pode variar entre os indivíduos, existindo aqueles capazes de assegurar ótimas adaptações como também os que deterioram e desintegram sua capacidade adaptativa. Nossa saúde depende em grande parte de nossas condições e modos de vida. O que chamamos de realidade externa é construído a partir do universo simbólico do psiquismo e assim convertido em um hábitat cultural capaz de atender às necessidades dos seus membros.

Os acontecimentos na vida criam afetos e efeitos dentro do sujeito. Todo conflito necessita de um trânsito no psiquismo, daí a importância de poder falar de experiências passadas que causaram sofrimentos. A dor que gera a doença tem que transitar por um caminho de conhecimentos que amenize e possibilite a (re)organização psíquica e orgânica (Bombana 2006; Pinheiro, 1992), mas é preciso ter em conta que o paciente psicossomático apresenta carência na elaboração psíquica e falha em seu processo de simbolização (McDougall, 1992). A doença pode se constituir como uma representação simbólica daquilo que não pode ser pensado, olhado, falado, sentido. Quando a palavra não consegue expressar o que está ocorrendo no sujeito, surge um sintoma, que faz o conflito ser direcionado para o plano físico. A doença é usada como linguagem, ela esconde e revela o que

está acontecendo. Pela inervação somática, aparece no corpo o excesso de excitação, que causa modificações nos órgãos ou nas funções do corpo (Fernandes, 2003; McDougall, 1992).

Para o tratamento das doenças psicossomáticas o tratamento físico, tal como proposto e desenvolvido pela medicina convencional, é de fundamental importância, mas também o tratamento psicoterapêutico deve auxiliar nesse processo, pois tanto a doença quanto a vivência terapêutica podem ser ocasiões propícias para o paciente reeditar sua história e reorganizar seu processo corporal.

A Psicanálise privilegia as relações da mente, busca as raízes inconscientes das relações interpessoais e da relação do homem consigo próprio. Intervir, do ponto de vista psicanalítico, é levar o indivíduo a apropriar-se de si mesmo, a descobrir-se, o que resulta no alargamento de suas possibilidades de compreensão de si e de autodeterminação (Ávila, 2004).

A partir da compreensão psicanalítica possibilita-se a descoberta de que, além do corpo anatômico, há o corpo vivido e, na vivência, há sempre sentido, significado. “Ali onde o anatômico não se mostra está o humano por ser descoberto” (Souza, 1992, p. 24).

Muito embora a origem central das doenças inflamatórias do intestino seja desconhecida, inúmeros estudos demonstram haver uma provável base hereditária e um componente ambiental, em que fatores genéticos, infecciosos, imunológicos e psicológicos podem estar ligados ao surgimento dos sintomas. A investigação psicanalítica, por outro lado, tem demonstrado que muitas expressões orgânicas podem ser influenciadas, modeladas e moduladas por fatores psíquicos.

A escolha de pacientes com doenças inflamatórias do intestino como objeto de estudo decorreu de que, segundo a teoria psicanalítica, a participação do aparelho digestivo nas fases oral (amamentação) e anal (controle de esfíncteres), nas quais se inicia a estrutura da personalidade, está relacionada com o desenvolvimento emocional e com a expressão corporal da vida mental. A relação direta entre as funções digestivas e as ações concretas e simbólicas de receber, conter, reter, dar, rejeitar e expelir possibilita ao trato digestivo representar para o psiquismo toda esta complexidade de situações que, em última instância, constitui a vida emocional. Dessa forma, um sintoma gastroenterológico tem uma ampla possibilidade de simbolizar situações emocionais, ansiedades e conflitos.

Assim a especificidade de um tratamento psicanalítico conduz a uma investigação das

determinações inconscientes dos sintomas, de seus significados e efeitos, do que está latente e não manifesto, pois o objeto do tratamento em psicanálise não é a doença nem o sintoma, mas o reconhecimento dos determinantes inconscientes e da transformação do sujeito que os produz. É a oportunidade de o sujeito compreender como sua biografia o levou a desenvolver determinados sintomas, pois, como observa Groddeck (1984), existe sempre uma intencionalidade atrás de uma doença.

A dissolução do sintoma somatizado, em um processo terapêutico, equivale a transcrevê-lo, dar-lhe linguagem verbal e representacional na esfera psíquica.

O trabalho analítico proposto neste estudo realizou-se por meio da linguagem e transformação do sintoma em palavra. Nessa concepção da psicanálise como um trabalho com e sobre a linguagem, que visa ao acesso do sujeito ao inconsciente, há um efeito de cura quando se põem para funcionar as extraordinárias capacidades da linguagem de transformar o corpo, podendo esta tanto fazer surgir como levar ao desaparecimento de sintomas, pois a mesma potencialidade simbólica pode tanto permitir quanto obstruir a vida (Ávila, 2004).

A PSICOTERAPIA BREVE EM GRUPO

O processo psicoterapêutico breve não diz respeito somente ao tempo, mas também ao foco a ser trabalhado. O sintoma é a manifestação inconsciente que procura expressar-se, mas que ao esbarrar nos processos de defesas do ego (eu) encontra resistências. As pulsões inconscientes forçam passagem até que as instâncias psíquicas entrem em acordo, satisfazendo em parte suas exigências. O acordo é o sintoma. O trabalho terapêutico pretendido neste estudo segue exatamente o caminho inverso daquele que foi percorrido para transformar-se em sintoma, ou seja, a partir dos fenômenos sintomáticos procura-se ampliar as potencialidades do ego do paciente até que ele possa compreender o que o levou a seguir tal caminho tortuoso e, desta forma, vir a escolher outros atalhos.

O que se pretende com o trabalho psicoterapêutico é ampliar as potencialidades do ego, capacitar o indivíduo a conscientizar-se de seus conteúdos reprimidos e prepará-lo para o enfrentamento de situações traumáticas, uma vez que em situações de crise ele se encontra com as defesas rebaixadas. Assim ele poderá enfrentar seus conflitos, reorganizando sua dinâmica psíquica e buscando

restabelecer seu equilíbrio emocional. A psicoterapia visa criar a oportunidade de uma transformação mais saudável na relação do sujeito consigo mesmo e com seu corpo e em seus vínculos com o mundo.

Entre as formas de psicoterapia breve adequadas para uso em contexto institucional destaca-se a psicoterapia breve grupal. A importância de se trabalhar em grupo é que o *setting* grupal possibilita a criação de um valioso “continente” das necessidades e angústias de todos, onde o indivíduo não mais se sente só, com seus sofrimentos, seus medos, suas dores. Utiliza-se a experiência de uns em prol da evolução e do amadurecimento dos outros (Pichon-Riviére, 1998; Zimerman & Osório, 2000). Há espaço para que todos e cada um possam refletir, apoiar-se mutuamente, até a conscientização e o *insight* (compreensão), objetivos últimos do manuseio psicoterápico.

O USO DE TESTES PSICOLÓGICOS

Os testes psicológicos, como os aplicados nesta pesquisa, quando se prevê a realização de um tratamento breve e planejado, são de significativa importância. Os dados obtidos contribuem para o diagnóstico e agilizam o processo terapêutico, uma vez que permitem avaliar as funções do ego (pensamento, memória, atenção, consciência, afeto, linguagem, simbolização), a tolerância à frustração, a autoestima, a segurança, a confiança, os mecanismos de defesa e a força e plasticidade do ego.

Inúmeros estudos têm demonstrado que os níveis de estresse, ansiedade e depressão em que o sujeito se encontra podem acarretar maior vulnerabilidade a doenças, uma vez que as defesas imunológicas ficam rebaixadas ou, em casos mais graves, destruídas, agravando o quadro da patologia (Contoreggi, Rice & Chrousos, 2004; Levenstein, 1999; Overmier & Murison, 2005; Stern, 2003).

Estudos e relatos de pacientes demonstram que as doenças inflamatórias do intestino não afetam apenas o físico, mas também o estado emocional das pessoas, deixando-as muitas vezes totalmente impedidas de sair de casa por conta das diarreias, gases e dores abdominais. Isso pode levá-las a constrangimentos, estresse e ansiedade diante de eventos sociais, comprometendo a vida profissional com o afastamento do trabalho, e às vezes chegando até ao isolamento social, que pode resultar em depressão (Goodwin & Stein, 2002; Jones & Maganti, 2004; Levy & cols, 2006; Nakao et al., 2007; Silva, Horta, Moares & Faria 2006).

OBJETIVO GERAL

O estudo teve como objetivo geral averiguar, por meio de instrumentos de avaliação padronizados (testes psicológicos) e da análise do conteúdo de sessões de psicoterapia breve em grupo, se aspectos emocionais podem ser elementos causadores, contribuidores ou exacerbadores nas disfunções gastroenterológicas das doenças inflamatórias do intestino - doença de Crohn e retocolite ulcerativa - e se podemos associar essas doenças a uma determinada estrutura psíquica.

MÉTODO

Casuística

A pesquisa reuniu trinta pacientes portadores de doenças inflamatórias do intestino, retocolite ulcerativa e doença de Crohn, de ambos os sexos, com idade mínima de 20 anos, atendidos no Ambulatório da Gastroenterologia do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME/FAMERP). Estes pacientes eram procedentes de São José do Rio Preto e região e vinham até o hospital rotineiramente a cada dois meses, exceto no caso de agravamento dos sintomas, quando este retorno podia ser quinzenal ou mensal.

Material

O material utilizado constituiu-se de **testes psicológicos e sessões em grupo de psicoterapia breve**. Os testes psicológicos compreenderam o Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), o Inventário de Ansiedade de Beck e o Inventário de Depressão de Beck.

O **Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)** se compõe de três quadros, que se referem às quatro fases do estresse: 1) **alerta**: fase positiva do estresse, quando o ser humano se prepara para ação; 2) **resistência**, em que, se a fase de alerta é mantida por períodos muito prolongados ou se novos estressores se acumulam, o organismo entra em ação para impedir o desgaste e restabelecer o equilíbrio e se acentua a vulnerabilidade da pessoa a vírus e bactérias; 3) **quase exaustão**, verificada quando a tensão excede o limite do gerenciável e com isso a resistência física e emocional começa a se quebrar e começam a surgir doenças; e 4) **exaustão**, a fase negativa do estresse, a patológica, em que há um desequilíbrio interior e a pessoa entra em depressão, podendo ocorrer doenças graves

O **Inventário de Ansiedade Beck** é constituído de 21 itens, que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de quatro pontos, que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma: 1) “Absolutamente não”; 2) “Levemente”; 3) “Moderadamente: foi muito desagradável, mas pude suportar”; 4) “Gravemente: dificilmente pude suportar”. Os itens são os seguintes: 1) dormência ou formigamento; 2) sensação de calor; 3) tremores nas pernas; 4) incapacidade de relaxar; 5) medo de que aconteça o pior; 6) atordoamento ou tontura; 7) palpitação ou aceleração do coração; 8) falta de equilíbrio; 9) apavoramento; 10) nervosismo; 11) sensação de sufocação; 12) tremores nas mãos; 13) condição de trêmulo; 14) medo de perder o controle; 15) dificuldade de respirar; 16) medo de morrer; 17) condição de assustado; 18) indigestão ou desconforto no abdômen; 19) sensação de desmaio; 20) afogueamento do rosto; 21) suor não devido a calor.

O teste classifica o grau de ansiedade, em mínimo, leve, moderado e grave.

O **Inventário de Depressão Beck** é constituído de uma escala de autorrelato com 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade de depressão. Os itens se referem a: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) culpa; 6) punição; 7) autoaversão; 8) autoacusações; 9) ideias suicidas; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) retraimento social; 13) indecisão; 14) mudança na autoimagem; 15) dificuldade de trabalhar; 16) insônia; 17) fadigabilidade; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; 21) perda da libido. Os graus de depressão são quantificados em mínimo, leve, moderado e grave.

Método

No primeiro contato com os pacientes foi apresentada aos participantes, individualmente, a proposta do trabalho psicoterapêutico, em que se mostrava ser este um recurso adicional ao tratamento clínico que já estava sendo efetuado. Os encontros seriam realizados sempre que retornassem das consultas médicas. Eles foram também devidamente informados sobre a natureza e características da pesquisa, o sigilo em que seriam mantidas as informações e a possibilidade de desistirem de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo ao seu tratamento clínico. Os que consentiram com o tratamento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No próximo retorno, foram submetidos aos testes psicológicos para avaliação de seus níveis de estresse, ansiedade e depressão. Terminados os testes, nos retornos seguintes reunir-nos-íamos para início das sessões de psicoterapia breve em grupo, com duração de 50 minutos cada uma.

Durante o período de recrutamento dos pacientes, da assinatura do termo de consentimento e aplicação dos testes, verificou-se que algumas vezes os pacientes demoravam além do previsto para o retorno das consultas, ou por estarem debilitados fisicamente ou em razão de os meios de transporte utilizados, geralmente ambulâncias, não estarem disponíveis no dia determinado. Também muitas vezes ocorreu eles chegarem atrasados. Diante disso, viu-se que esses acontecimentos dificultariam a integração e confiabilidade grupal e, conseqüentemente, o resultado final da pesquisa a que se pretendia chegar. Resolveu-se então que os grupos seriam formados com os pacientes que tivessem disponibilidade para comparecer semanalmente às sessões. O contato foi via telefone. Dos 30 pacientes que se submeteram aos testes, foi selecionado um grupo de 09 participantes e iniciou-se o grupo terapêutico com frequência semanal. Foram realizadas, ao todo, 12 (doze) sessões em grupo com estes pacientes, no período de setembro a dezembro de 2005.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) revelou que quinze pacientes não apresentavam estresse, enquanto quinze o apresentavam, e destes, seis participaram do Grupo de Psicoterapia Breve (GPB). Dos quinze que apresentavam sintomas de estresse, catorze encontravam-se na fase de resistência e cinco deles participaram do GPB; um deles, que se na fase de *quase exaustão*, participou do GPB.

O Inventário de Ansiedade Beck mostrou que dezesseis dos pacientes encontravam-se em grau mínimo seis destes participaram do GPB; oito se encontravam em grau leve e dois destes participaram do GPB; e seis estavam em grau moderado, e destes, um participou do GPB.

O Inventário de Depressão Beck mostrou que treze dos pacientes encontravam-se em grau mínimo e dois destes participaram do GPB; nove estavam em grau leve e três destes participaram do GPB; sete estavam em grau moderado, e destes, três participaram do GPB; e um em grau grave e participou do GPB.

Os testes psicológicos aplicados nos trinta pacientes demonstraram que parece não haver uma

estrutura psíquica particular relacionada à doença, ou seja, o tipo de doença estudado não se desenvolve apenas em sujeitos com personalidade ansiosa, estressada ou depressiva, como mostra a variedade dos resultados, mas apenas indica maior ou menor grau de estresse, ansiedade e depressão.

O que pôde ser averiguado durante o relato dos pacientes que participaram do grupo psicoterapêutico é a presença de sentimentos de ansiedade, que é uma ameaça desconhecida, interna, um processo emocional, altamente desagradável, vago, acompanhado de uma ou mais sensações físicas – como urgência repentina de evacuar - que surgiam na adaptação de novas situações. Também se verificaram sentimentos de estresse como intolerância e falta de continência, e de depressão, como tristeza, irritabilidade, medo, insegurança, indecisão, cansaço, falta de concentração e atenção, redução da autoestima e autoconfiança, ideias de culpa e inutilidade, visão desolada e pessimista do futuro, sono perturbado, apetite alterado, queda do desejo e do desempenho sexual, que os incapacitavam de enfrentar as situações.

O fato de o sujeito muitas vezes não conseguir nomear seus sentimentos e as fantasias sobre o que iria ocorrer com ele fazia-o entrar em estados de ansiedade, estresse e depressão, que rebaixavam suas defesas, agravando ainda mais seus sintomas. Isso demonstrava como a tensão emocional influenciava o curso e a evolução da doença, como também permitia a constatação de como a história de vida de cada um se expressava no próprio corpo. Cada sintoma era único, mas parecia haver sentidos diferentes para cada um. A dor poderia localizar-se no corpo anatomicamente igual à do outro paciente, mas para cada doente adquiria um sentido diferente, pois o inconsciente dispõe de uma via psíquica e uma via corporal, e em ambas pode fazer-se representar. A linguagem do órgão ou do corpo tinha a especificidade de comunicar que algo doloroso ou traumático da realidade está colocado no órgão afetado, e não em substitutos psíquicos. Aparecia no corpo, como revelador, aquilo que psiquicamente não podia ser processado, como, por exemplo, afetos de raiva, angústia, medo, dor, tristeza que o sujeito sentia quando se depara com situações difíceis. Por isso foi fundamental levar em consideração a totalidade do ser humano e das circunstâncias que o rodeavam, para se ter uma compreensão mais ampla dos processos de adoecer.

Seguem-se alguns trechos reveladores, colhidos nas sessões psicoterapêuticas realizadas, que demonstram como a condição emocional do paciente era expressa pelo corpo nos sintomas gastroenterológicos.

Sra. D., 35 anos, casada, dois filhos, do lar:

Qualquer situação que sai da minha rotina já me deixa mal, só do meu marido falar que eu tenho que ir ao banco para ele, por exemplo, já me deixa ansiosa... se me falar que eu tenho que ir em um lugar que não conheço então, já é motivo para não sair do banheiro.

Para esta paciente, é como se não coubessem mentalmente as situações novas ou diferentes. Assusta-se em ter que passar pela angústia de não saber como será “recebida” e assim entra em ansiedade e “rejeita” as novas situações. Vive de uma forma ainda muito primitiva. Tem que ser “alimentada”. Vive no seu mundo narcísico. Espera, não busca. Não consegue pensar, dar nome ao que sente (não simboliza). É preciso se livrar dessa angústia, expulsar (evacuar), esvaziar-se desse sentimento, como uma diarreia (ação concreta).

Sra. I., 48 anos, casada, duas filhas, auxiliar administrativa:

Só de pensar que vai chegar visita em casa, fico ansiosa... o meu intestino prende... eu não gosto de receber visita... também não vou à casa de ninguém.

Esta paciente fala da dificuldade de relacionar-se, de acolher, de receber, de doar-se. Prende suas emoções, assim como as fezes (concretiza com o corpo o que não consegue expressar com a fala). Suas dificuldades de relacionamento aparecem dessa forma dupla: tanto no nível social quanto no plano somático. A possibilidade do processo terapêutico é que ela possa entender o que causa sua dificuldade em relacionar-se, para poder modificar seu comportamento.

Sr. A., 29 anos, casado, dois filhos, operador de máquinas:

Eu sou muito nervoso em casa, não tenho paciência para brincar com meus filhos, respondo mal para minha esposa, explodo por qualquer coisa. Também meu chefe, meus pais e irmãos cobram muito, e eu não consigo falar “não” para eles, sinto que por isso abusam de mim. Às vezes chego em casa lotado de raiva e vou direto para o banheiro...sinto muitas dores na barriga...minhas fezes sai como explosões.

Algo impede este paciente de colocar limites ao outro; ele sente-se abusado, mas não expressa a que se

deve seu estresse; retém a afetividade e a raiva. O corpo faz por ele o que ele não consegue expressar, só sentir. Quando expressa as emoções o faz como “explosões”, acompanhadas de sofrimento, assim como acontece com a emissão das fezes.

No relato de um paciente, na última sessão, pode-se verificar apreciação e o reconhecimento do trabalho psicoterápico realizado em grupo:

Sr. E., 36 anos, divorciado, quatro filhos, afastado pela doença:

No começo da minha doença eu pesava 105 quilos, aí fui emagrecendo, emagrecendo e ninguém descobria o que eu tinha. Hoje eu peso 60 quilos. A cidade onde eu moro é bem pequena, todo mundo me olhava torto, pensavam que eu tinha alguma doença brava: câncer ou aids, por isso eu parei de sair de casa, e de conversar com as pessoas, de vergonha... Esse grupo aqui fez eu sentir amparado, sei que não sou só eu com essa doença, e que tem história pior que a minha... Hoje eu posso falar o que é essa doença, eu aprendi que dela eu não morro, também que psicólogo não é pra louco que nem eu pensava, é também pra gente conversar e olhar o que não está enxergando... que falar não é proibido... alivia a gente... tem que falar o que sente

Este paciente, a partir da compreensão do que era sua doença, pôde aceitá-la. Não a temia mais. Adquiriu condições de observá-la e falar dela, pois ela não mais o assustava. Não precisava mais viver depressiva e isoladamente. Pôde expressar, com o amparo do grupo, suas emoções e não mais se sentir só em suas dores. Alcançou um novo olhar, podendo pensar de modo diferente. Falar de suas emoções permitiu-lhe ter continência delas. Passou a expressar seus pensamentos e sentimentos por outras vias, a fala, sem precisar usar o corpo para fazê-lo. Já não precisava mais se esconder por trás de um sintoma somatizado.

CONCLUSÃO

O resultado dos testes psicológicos aplicados demonstrou que parece não haver uma estrutura psíquica particular, devido à variedade dos resultados, mas há presença, em maior ou menor grau, de estresse, ansiedade e depressão. É sabido que estes, em determinados níveis, rebaixam ou, em casos extremos, podem destruir as defesas imunológicas, agravando o quadro da patologia orgânica. Isto pôde ser

confirmado quando os pacientes muitas vezes chegavam às sessões com os sintomas agravados e durante seus relatos permitiam averiguar que os estados físicos eram muitas vezes reveladores e congruentes com os estados emocionais que estavam vivenciando. Eles puderam perceber que o adoecer não era um acontecimento casual, mas tinha um sentido, revelando situações até então não percebidas, mas presentes em suas histórias de vida e encobertas por suas sintomatizações. Isso leva a concluir que fatores emocionais devem ser vistos como elementos precipitadores, contribuidores e/ou exacerbadores, ainda que não possam ser considerados diretamente causadores da doença gastroentérica.

O trabalho psicoterapêutico em grupo pôde proporcionar amparo e continência aos pacientes, e não mais os sentimentos de solidão, que muitas vezes os levavam ao distanciamento do contato social. Possibilitou também uma compreensão ampla e completa do processo de adoecer, que leva em conta a história de vida de cada um, uma vez que toda doença tem um impacto emocional e adquire um significado especial na vida do doente. Por isso, reveste-se de importância o sujeito poder falar dos acontecimentos ocorridos em sua vida e dos sentimentos resultantes dessas experiências. Compreendendo-se como um ser biopsicossocial, ele pôde fazer correlação com sua biografia, que pode ter contribuído para o desenvolvimento de determinados sintomas. Dentro de um processo psicoterapêutico, mesmo breve, é possível levar o sujeito a ampliar sua compreensão sobre essas interações psicossomáticas, o que, se não lhe possibilita propriamente cura, pelo menos lhe confere uma liberdade de escolha em relação aos sintomas próprios e um ganho significativo na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Ávila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms. *Psychosomatics*, 47(2), 163-166.
- Ávila, L. A. (2007). Body and Meaning. *International Forum of Psychoanalysis*, 16(1), 43-48.
- Ávila, L. A. (2004). *O eu e o corpo*. São Paulo: Escuta.
- Bombana, J. A. (2006). Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *J Brás Psiqui*, 55(4): 308-312.
- Camilleri, M., & Néri, M. (1989). Motility disorders and stress. *Dig Dis Sci*, 34, 1777-1786.
- Casetto, S. J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psyche*, 10(17), 121-142.
- Castro, M. G., Andrade, T. M. R. & Muller, M.C. (2006). Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 39-43.
- Contoreggi, C., Rice K.C & Chrousos G. (2004). Nonpeptide corticotropin-releasing hormone receptor type 1 antagonists and their applications in psychosomatic disorders. *Neuroendocrinology*, 80(2), 111-23.
- Czeresnia, D. (2007). Interfaces do corpo: integração da alteridade no conceito de doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(1), 19-29.
- Fernandes, M. H. (2003). *O corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Garcia Rosa, L. A. (2004). *Freud e o inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Goodwin, R.D. & Stein, M. B. (2002). Generalized anxiety disorder and peptic ulcer disease among adults in the United States. *Psychosom Méd*, 64(6), 862-6.
- Groddeck, G. (1984). *O livro d'Issa*. São Paulo: Perspectiva.
- Jones, M. P. & Maganti, K. (2004). Symptoms, gastric function, and psychosocial factors in functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol*, 38(10), 866-72.
- Levenstein, S. (1999). Peptic ulcer at the end of the 20th century: biological and psychological risk factors. *Can J Gastroenterol*, 13(9), 753-9.
- Levy, R., K. Olden, K., Naliboff, B., Bradley, L., Francisconi, C., Drossman, D., & Creed, F. (2006). Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*, 130(5), 1447-1458.
- McDougall, J. (1992). *Teatros do eu: Ilusão e verdade no palco psicanalítico*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Nakao H, Konishi H, Mitsufuji S, Yamauchi J, Yasu T, Taniguchi J, Wakabayashi N, Kataoka K, & Okanou, T. (2007). Comparison of clinical features and patient background in functional dyspepsia and peptic ulcer. *Dig Dis Sci*, 52(9), 2152-8.
- North, Clouse, Spitznagel *et al.* (1990). The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. *Am J Psychiatry*, 147, 974-981.
- Overmier, J. B & Murison, R. (2005). Trauma and resulting sensitization effects are modulated by psychological factors. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 965-73.
- Peres, R. S. (2006). O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. *Psic Clin*, 18(1), 165-177.
- Pichon-Rivière, E. (1998). *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes.
- Pinheiro, R. (1992). *Medicina psicossomática – Uma abordagem clínica*. São Paulo: Fundo Editorial BYK.
- Rezende, J. M. (2001). *As vertentes da medicina*. São Paulo: Giordana.
- Silva, R. A., Pinheiro, Horta, B. L., Moraes, I., Faria, A. D. (2006). Dispepsia funcional e depressão como fator associado. *Arq. Gastroenterol*, 43, 293-8.
- Souza, P. R. (1992). *Os sentidos do sintoma: Psicanálise e gastroenterologia*. Campinas: Papyrus.

Stern, J.M. (2003). Psychiatry, psychotherapy and gastroenterology – bringing it all together. *Alim Pharm Therapeutics*, 17(2), 175-184.

Walker, Katon, Jemelka, et al. (1992). Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Med*, 92(suppl 1 A), 26S-30S.

Zimerman, D.E., Osório, L.C. & Colaboradores (2000). *Fundamentos básicos das grupoterapias*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Recebido em 25/07/2008

Aceito em 16/12/2009

Endereço para correspondência: Edna Cristina Gouveia. Rua Raul Silva, 771, Redentora, CEP 15015-020, São José do Rio Preto-SP, Brasil. *E-mail:* ednagouveia@ig.com.br.